

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE EDUCACIÓN



TESIS DOCTORAL

**El programa de atención temprana "Juguemos con nuestros hijos" en
Santiago de Chile: implicancias de padres y-o cuidadores con
poblaciones en desventaja social**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Cecilia Saavedra Borchert

Directora
María del Rosario Limón Mendizábal

Madrid, 2013

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE EDUCACIÓN
Programa de Pedagogía y Diversidad sociocultural

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID



TESIS DOCTORAL

EL PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA “JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS” EN SANTIAGO DE CHILE. IMPLICACIONES DE PADRES Y/O CUIDADORES CON POBLACIONES EN DESVENTAJA SOCIAL.

Doctoranda: María Cecilia Saavedra Borchert

Directora de Tesis: Dra. Doña M^a. Rosario Limón Mendizábal

Madrid, noviembre de 2012

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi *familia, amigos, y niños* de mi país.

A mis padres, por su inmenso amor, cariño, apoyo y confianza demostrada a lo largo de mi vida, especialmente, durante todos estos años de estudio.

A ti, Ramón, por creer en mí y ayudarme a que este momento llegara.

A mis hijos, Mariana y Javier, por mostrarme en su pequeñez la grandeza y la importancia de la niñez.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a cuantas personas han hecho posible la realización del presente trabajo.

Agradezco especialmente a mi directora doña M^a. Rosario Limón Mendizábal, por compartir sus conocimientos y experiencia profesional, además de entregarme su optimismo y perseverancia durante la realización de esta investigación.

A mis profesores: Pilar Gútez, Carmen Labrador, Ángela del Valle y Mariano Martín Alcazar, por su apoyo, valiosas opiniones, observaciones y buenos consejos.

A mis amigas: Macarena Moraga, Beatriz Orellana, Carolina Díaz, Joselina Díaz, Ivete Meunier y Raquel González, que con su amistad, ayuda y profesionalismo hicieron posible que esta investigación hoy este publicada.

Muchísimas gracias al equipo de trabajo del Programa Juguemos con nuestros hijos, en especial a Verónica Mingo. Su generosidad, al darme la oportunidad de trabajar y conocer de cerca la labor que realizan, fue la inspiración constante para llegar al fin de éste trabajo.

Finalmente, GRACIAS a DIOS y a todos los que han estado a mi lado en este largo proceso, entregándome apoyo y aliento.

ÍNDICE

Página

I.	INTRODUCCIÓN	10
1.	Planteamiento inicial de la investigación	15
1.1	Estado de la cuestión	15
1.2	Propósito de la investigación	16
1.2.1	Hipótesis de trabajo y objetivos	16
1.2.2	Justificación de la investigación	17
1.3	Interés actual en el tema	20
1.3.1	Progresos y desafíos	21
1.3.2	Educación a la primera infancia	24
1.3.3	Realidad de la Primera Infancia en Chile	26
II.	MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO	28
1.	Atención a la Infancia Temprana	28
1.1	Concepto y evolución de la atención a la infancia	29
1.2	Bases legales	32
1.2.1	Legislación sobre la infancia en el mundo	32
1.2.2	Legislación en Europa	33
1.2.3	Legislación en España	34
1.2.4	Legislación de Chile	38
2.	La Atención Temprana: conceptualización	44
2.1	En el contexto europeo	44
2.2	En el contexto de España	45
2.2.1	Principios básicos de la AT.	48
2.2.2	Población objeto de la AT.	50
2.2.3	Interdisciplinariedad en AT.	52
2.2.4	Bases que justifican la interdisciplinariedad en AT.	53
2.2.5	Niveles y ámbitos de actuación de la AT.	55
2.2.6	Niveles de prevención	56
2.2.7	¿Dónde se realiza la AT?	57
2.3	Evolución de la AT en España	58
2.4	AT en Chile: su evolución	67
2.4.1	Inicios de la estimulación temprana en Chile/América Latina	67
2.4.2	Primeros programas de estimulación temprana en Chile	72
3.	AT en poblaciones de riesgo psicosocial	74
3.1	AT. y riesgo social	74
3.2	Detección del riesgo social	76
3.2.1	Factores de riesgo	77
3.3	Crece en un entorno de pobreza	78
3.3.1	Experiencias de trabajo con padres de niños en situación de riesgo social a nivel internacional	80
3.4	Influencia del ambiente en el desarrollo del niño	82
3.4.1	Impacto del medio en la primera infancia	86
4	AT. y familia	89
4.1	Aproximación al concepto de familia: base fundamental de la sociedad	89
4.2	Ideas sobre familia	90
4.2.1	Evolución histórica de la familia	96
4.2.2	Funciones de la familia	98
4.2.3	Tipología familiar	102

4.3	La familia como principal agente de cambio	106
4.4	Teoría del Apego: importancia del vínculo	112
4.4.1	Importancia del Apego	117
4.5	La participación de padres, familias y comunidad en la Educación	118
III.	MARCO EMPÍRICO	121
1.	Metodología de la investigación	121
1.1	Diseño de la investigación	121
1.1.1	Método descriptivo	121
2.	Descripción del contexto sociocultural donde se desarrolla el Programa investigado	124
2.1	Descripción de la realidad chilena	127
2.1.1	Descripción general de Chile	127
2.1.2	Descripción de Santiago de Chile: la capital	140
2.1.3	Descripción de Puente Alto: comuna donde se desarrolla el Programa de AT en estudio	148
3.	Descripción del programa “Juguemos con nuestros hijos”	152
3.1	Marco teórico y antecedentes del Programa	152
3.2	Descripción general del Programa “Juguemos con nuestros hijos”	153
3.2.1	Por qué trabajar en estimulación temprana	153
3.2.2	Cuándo y con quién trabajar	153
3.2.3	Qué trabajar	154
3.2.4	Fortalecimiento del rol de los padres como principal agente educativo	156
3.2.5	Cómo trabajar	157
3.2.6	Objetivos del programa	159
3.2.7	Diseño y organización	160
3.2.8	Descripción de las sesiones	161
3.2.9	Tipo de seguimiento y frecuencia del mismo	164
3.3	Apoyo Institucional	164
3.4	Reclutamiento y capacitación de los profesionales	165
3.4.1	Reclutamiento de Educadoras	165
3.4.2	Reclutamiento de monitoras	165
3.4.3	Capacitación de las monitoras	166
3.5	Detalle de la propuesta pedagógica	167
3.5.1	Enfoque pedagógico	167
3.5.2	Rol de agentes educativos	167
3.5.3	Clima de aprendizaje	168
3.5.4	Trabajo con las madres y cuidadoras	168
3.5.5	Aprendizajes esperados	169
3.5.6	Evaluación del Programa “Juguemos con nuestros hijos”	171
4.	Técnicas de recogida de datos aplicadas	173
4.1	Bases teóricas: Técnicas de investigación social	174
4.1.1	La entrevista	174
4.1.2	El cuestionario	181
4.2	Diseño del instrumento aplicado	190
4.3	Aplicación del cuestionario	202
5.	Proceso de recogida de datos	202
6.	Tratamiento y análisis de datos	203
6.1	Resultados cuestionario inicial: marzo 2011	204
6.1.1	Sexo y edad de los menores participantes	204
6.1.2	Características de los entrevistados	205
6.1.3	Nivel de escolaridad de los entrevistados	205

6.1.4	Actividad principal de las mujeres entrevistadas	206
6.1.5	Estado civil de las entrevistadas	207
6.1.6	Habilidades de Agencia Parental	207
6.1.7	Habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño	210
6.1.8	Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social	212
6.1.9	Habilidades educativas	216
6.1.10	Expectativas de los adultos entrevistados	220
6.2	Resumen de los resultados del cuestionario inicial	222
6.3	Resultados de la aplicación del cuestionario final: diciembre 2011	226
6.3.1	Características de las mujeres entrevistadas	227
6.3.2	Habilidades de Agencia Parental	230
6.3.3	Habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño	241
6.3.4	Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo	249
6.3.5	Habilidades Educativas	256
6.3.6	Expectativas de los adultos entrevistados	268
6.4	Resumen y análisis de los resultados del cuestionario final	270
IV.	INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN	279
1.	Validación de la hipótesis formulada	279
1.1	Habilidades de Agencia Parental: Rol y desempeño de ser padres	280
1.2	Habilidades de relación y conocimiento del niño	281
1.3	Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo	282
1.4	Habilidades Educativas	283
1.5	Expectativas cumplidas	284
2.	Conclusiones y propuestas derivadas del estudio	285
2.1	Conclusión general respecto al Programa “Juguemos con nuestros hijos”	285
2.2	Conclusiones generales de la investigación	286
2.3	Propuestas futuras derivadas de la investigación	291
3.	Fuentes bibliográficas	293
4.	Anexos	310
4.1	Anexo nº 1	310
4.2	Anexo nº 2	311

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Número	Título	Página
1	Vínculo entre la entrevistada y el niño/a	205
2	Nivel de escolaridad de las mujeres entrevistadas	206
3	Actividad principal de las mujeres entrevistadas	206
4	Estado civil de las entrevistadas	207
5	¿Qué le preocupa a Ud. respecto al niño/a?	208
6	¿Cómo ha sido su experiencia a cargo del niño/a?	209
7	¿Quiénes son los más importantes en la educación del niño/a?	210
8	¿Cuáles son las características que mejor representan al menor?	211
9	¿Cómo se da cuenta Ud. que el niño/a tiene alguna necesidad, como hambre, sueño o incomodidad?	212
10	¿Cree Ud. que necesita ayuda para educar al niño/a?	213
11	¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a?	214
12	¿En qué temas le gustaría que se le ayudase?	215
13	¿Qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?	216
14	¿Cómo considera Ud. la labor de ser madre o cuidadora?	217
15	¿Qué espera del niño/a?	217
16	¿Qué tipo de juegos le gusta hacer con Ud.?	218
17	Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a	219
18	Expectativas iniciales: Temas más mencionados	221
19	Expectativas iniciales: ¿En quién se centran?	221
20	Expectativas iniciales: oportunidad de relacionarse con otros/as	222
21	Nivel de escolaridad de la entrevistada	227
22	Actividad principal de la entrevistada	228
23	Estado civil de las entrevistadas	228
24	Vínculo entre la entrevistada y el niño/a	229
25	Edad de las mujeres entrevistadas	229
26	¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?	230
27	¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a? (según sexo, marzo 2011)	231
28	¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a? (según sexo, diciembre 2011)	232
29	¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a? (según edad, marzo 2011)	233
30	¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a? (según edad, diciembre 2011)	233
31	Su experiencia a cargo del niño/a ha sido...	234
32	¿Cómo se lleva con el niño/a?	235
33	¿Quiénes son los más importantes en la educación del niño/a?	238
34	¿Cómo definiría su desempeño como madre o cuidadora?	240
35	¿Cuáles son las características que mejor representan al menor? (marzo 2011)	242
36	¿Cuáles son las características que mejor representan al menor? (diciembre 2011)	242
37	Cambio en el número de características positivas que destacan de los niños/as	243
38	¿Cómo se da cuenta usted que el niño/a tiene alguna necesidad (hambre, sueño u incomodidad)?	244
39	¿A qué le gusta jugar al niño/a? (Número de casos)	245
40	Tipo de juego al que le gusta jugar al niño/a	247
41	Tipo de juego al que le gusta jugar al niño/a (Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)	248

42	Tipo de juego al que le gusta jugar al niño/a (Número de casos, según edad del menor, diciembre 2011)	248
43	¿Cree usted que necesita ayuda para educar al niño/a?	250
44	¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a?	251
45	¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a? (Número de casos, según ocupación de la madre o cuidadora, marzo 2011)	251
46	¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a? (Número de casos, según ocupación de la madre o cuidadora, diciembre 2011)	252
47	¿En qué temas le gustaría que se le ayudase?	253
48	¿En qué temas le gustaría que se le ayudase? (Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)	254
49	¿En qué temas le gustaría que se le ayudase? (Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)	254
50	¿Qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?	255
51	¿Cómo considera usted la labor de ser madre o cuidadora?	256
52	¿Qué espera del niño/a?	257
53	¿Qué tipo de juegos le gusta hacer con usted?	259
54	Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora	260
55	Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora (Número de casos, según sexo del menor, marzo 2011)	261
56	Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora (Número de casos, según sexo del menor, marzo 2011)	261
57	Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora. (Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)	262
58	Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora. (Número de casos, según edad del menor, diciembre 2011)	262
59	Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a	263
60	Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a	264
61	Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a	264
62	Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a	265
63	Expectativas iniciales: temas mencionados	268
64	Cumplimiento de las expectativas: ¿en quién se centran?	269

ÍNDICE DE TABLAS

Número	Título de la tabla	Página
1	Destinatarios de la Atención Temprana	51
2	Destinatarios de la Atención Temprana	51
3	Destinatarios de la Atención Temprana	52
4	Cobertura de educación preescolar	70
5	Crecimiento cobertura educación preescolar	71
6	Diversidad de formas familiares	106
7	Organización territorial de Chile	128
8	Pertenencia a los pueblos indígenas (Censo 2002)	130
9	Escolaridad de la población chilena por quintil de ingreso	136
10	Comunas de la Región Metropolitana	142
11	Nivel de escolaridad, por quintil	148
12	Superficie de la Comuna de Puente Alto	150
13	Síntesis de la rutina	162
14	Núcleos de aprendizaje	170
15	Dimensiones a evaluar	172
16	Sexo y edad de los/as menores (diciembre 2010)	204
17	Sexo y edad de los/as menores (marzo 2011)	226
18	¿A qué le gusta jugar al niño/a?	246

ACRÓNIMOS

SIGLA	SIGNIFICADO
AEDDE	Agencia europea para el desarrollo de la educación especial
APEC	Foro de cooperación económica de Asia Pacífico (en español)
AT	Atención Temprana
BOE	Boletín oficial del estado
CASEN	Encuesta de caracterización socioeconómica nacional
CEDEP	Centro de estudios del desarrollo y estimulación psicosocial
CEPAL	Comisión económica para América Latina
CERMI	Comité español representante del minusválido
CESFAM	Centro de salud familiar
CI	Coeficiente intelectual
CIA	Agencia Central de Inteligencia
DSM	Desarrollo Psicomotor
ECPI	Educación y cuidados de la primera infancia
EEDP	Escala de evaluación del desarrollo psicomotor
ELPI	Encuesta longitudinal de la primera infancia
EP	Estimulación Precoz
FEAPS	Federación española de asociaciones para personas con discapacidad psíquica
GAT	Grupo de Atención Temprana
GENYSI	Grupo de estudios neonatológicos y servicios de intervención
INE	Instituto nacional de estadística
INERSO	Instituto nacional de servicios sociales
JUNJI	Junta nacional de jardines infantiles
LGS	Ley general de sanidad
LISMI	Ley de integración del minusválido
LOE	Ley orgánica de educación
MERCOSUR	Mercado común del sur
MINEDUC	Ministerio de Educación de Chile
OCDE	Organización para la cooperación y el desarrollo económico
OMS	Organización mundial para la salud
OMT	Organización mundial de turismo
ONU	Organización de naciones unidas
PADI	Grupo de trabajo interinstitucional de Atención Temprana
PED	Programa de estimulación al desarrollo
PIB	Producto interno bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo
RAE	Real academia española
SIMCE	Sistema de medición de la calidad de la educación
SNC	Sistema nervioso central
TD	Trastorno en el desarrollo
TEPSI	Test de desarrollo psicomotor
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo internacional de emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations International Childrens emergency)

I. INTRODUCCIÓN

La presente investigación pretende destacar la labor que se realiza en el Programa de Atención Temprana “Juguemos con nuestros hijos”, desde el año 2006, en un centro de salud familiar (CESFAM), de la comuna urbana de Puente Alto, en Santiago de Chile.

Luego de realizar el Máster de Atención Temprana en la Universidad Complutense de Madrid, durante el período académico 2003-2004, regresé a mi país con la inquietud y el deseo de promover la Atención Temprana, sobre todo, destacando la importancia de la participación de los padres en la estimulación temprana de sus hijos. Fue así como me involucré en la creación y puesta en marcha de este programa que busca, principalmente, estimular el desarrollo integral de niños y niñas de entre 0 y 36 meses y apoyar a madres, padres y cuidadores en la estimulación temprana y educación de sus hijos, fortaleciéndolos como principales agentes educativos y promotores de la salud integral de sus hijos.

Este programa tiene la particularidad, en sus requisitos, la participación obligatoria en sala, de los padres y/o principal cuidador/a del niño/a, lo cual lo hace diferente a muchos programas de este tipo que tan solo abordan al menor en su tratamiento, dejando fuera la intervención directa de los padres y/o principales cuidadores.

En este caso, la intervención se desarrolla en un contexto de pobreza y vulnerabilidad psicosocial, pues las cifras de estudios chilenos señalan que, a partir de los 18 meses de vida, se perciben importantes diferencias en el nivel de desarrollo psicomotor entre niños de nivel socioeconómico bajo comparado con sus pares de nivel socioeconómico medio y alto. Estas diferencias van aumentando hasta llegar a la etapa escolar, en que un 26% de niños de nivel socioeconómico bajo tiene un coeficiente intelectual inferior a 80, versus el 4% de niños de nivel socioeconómico medio y el 1% de niños de nivel socioeconómico alto (Eyzaguirre, 2001).

Los resultados de la experiencia del programa han sido positivos, tanto para los niños como para los adultos participantes, en su mayoría madres. En esta investigación

pretendemos comprobar, también, los cambios positivos que genera en los padres y/o cuidadores la participación activa en este tipo de experiencias, sobre todo en la mejora de las habilidades relacionadas con afrontar mejor la tarea de educar y criar a sus hijos.

Queremos, por una parte, destacar la importancia que tiene la familia en el desarrollo sano y equilibrado de un niño. La familia supone el primer núcleo de socialización y el contexto donde se producen los primeros aprendizajes en las áreas del lenguaje, habilidades cognitivas y valores sociales. Además, la familia constituye el escenario fundamental donde los niños aprenden y desarrollan sus hábitos, actitudes, creencias, valores y normas de convivencia con las que funcionarán en la sociedad.

Consideramos que los padres y la familia son el espacio que el ser humano necesita para aprender, crecer, desarrollarse y crear su propia representación del mundo.

En este espacio, las interacciones y vínculos que se establecen, incluso con el entorno, son referentes en el proceso madurativo y formativo del niño. Planteamos el entorno familiar como el marco referencial más próximo, inmediato y principal para los niños y como el modelo a seguir a lo largo de su desarrollo. Los padres son los principales agentes educativos y son los responsables de generar vínculos efectivos que serán determinantes en el desarrollo del niño/a a lo largo de su vida.

Por todo ello, nos parece sumamente importante investigar cómo incide en los padres el tener la posibilidad de participar activamente en un programa de Atención Temprana, que no solo se centra en el niño/a, sino que considera la participación del adulto, como un requisito fundamental.

Por otra parte, la primera infancia, entendida como el período que abarca desde el nacimiento hasta los seis primeros años, es una etapa de vital importancia para todo el desarrollo posterior del individuo. En estos años se inician las bases del lenguaje, de los procesos simbólicos, de la psicomotricidad, del desarrollo cognitivo y de la socialización, interiorización de normas, creencias y principios de los ambientes donde el niño aprende a convivir (Arizcun y Retortillo, 1999; Gútiez, 2005).

Numerosos estudios (Campos, 2005; Guralnick, 2004) se centran en la importancia de esta etapa y de la creciente necesidad de prevenir posibles dificultades, carencias y desigualdades en el desarrollo emocional, psicológico, biológico, familiar y social que se puedan dar en estos primeros años y que pueden poner en grave riesgo el desarrollo normal del niño.

La importancia de prestar un servicio de atención precoz a la infancia viene avalada por numerosos estudios neurológicos (Campos, 1993; Ortiz, 1995) que ponen de manifiesto la estrecha relación que existe entre el desarrollo madurativo del sistema nervioso y la prevención e intervención tempranas ante situaciones de riesgo. Durante estos primeros años, el cerebro se encuentra en pleno desarrollo, se suceden cambios intensos, rápidos y decisivos para lograr una adaptación total al medio. Sin embargo, esta plasticidad del sistema nervioso dota al cerebro de un componente claramente inestable, es más vulnerable a situaciones de riesgo, desequilibrios que pueden desviar el desarrollo madurativo normal y que pueden ser la base de cualquier deficiencia transitoria o permanente (Ortiz, 1995; Campos, 2005; Mulas 2004).

La formación de padres y cuidadores de niños entre 0-6 años, período clave en la vida de toda persona, es fundamental para promover un desarrollo integral en el menor; sobre todo si ese niño se desenvuelve en un ambiente con carencias desde el punto de vista socio-familiar, como es el caso del Programa de Atención Temprana, que en este trabajo se describe.

El momento político actual de Chile, ofrece una ventana de oportunidad para la implementación y divulgación de este tipo de programas, dado que los distintos sectores: social, sanitario y educacional, han manifestado la voluntad de potenciar iniciativas a favor de la infancia temprana. Creemos que esta investigación llega en un momento oportuno, como respuesta a las necesidades del país y deseamos que los resultados sean de utilidad y provecho para seguir dando pasos certeros en la mejora de la educación de la primera infancia.

En esta oportunidad, los métodos de investigación empleados, se enmarcan en el campo de estudio del método sociológico pues aborda las relaciones humanas con sus

semejantes en sociedad, su vida colectiva, las relaciones de los grupos sociales entre sí, así como de las instituciones sociales (Gutiérrez; Brenes, 1977). Ahora, de un modo más específico nuestra investigación corresponde al método descriptivo que está indicado para trabajar sobre hechos y realidades: registra, analiza e interpreta la realidad que se ha observado y estudiado.

En esta investigación hemos observado a un grupo de padres, madres y/o cuidadores participantes del programa de Atención Temprana denominado “Juguemos con nuestros hijos” que tiene la particularidad que el trabajo de estimulación se realiza en conjunto con los padres y los niños en el aula.

A lo largo del programa, que tiene una duración de 9 meses (marzo a diciembre), hemos apreciado cambios notorios en los menores, pero también hemos notado interesantes cambios en las actitudes de los adultos que se relacionan con el niño/a en cuanto a sus habilidades y destrezas para enfrentar la tarea de educar y criar. Para constatar este cambio y contrastar este hecho, hemos elaborado un cuestionario para los padres y/o cuidadores, el cual ha sido aplicado en dos momentos: al inicio del programa, en marzo de 2011, y al finalizar el programa, en diciembre del mismo año. En la primera aplicación, contamos con la participación de 45 padres, madres y/o cuidadores que, en la segunda instancia, se redujeron a 33 adultos.

En este caso, hemos realizado lo que en la investigación descriptiva se denomina estudio de seguimiento o estudio de grupos, respondiendo a un método longitudinal prospectivo, es decir, que recopila información de un mismo grupo a lo largo de un período, es este caso, en una evaluación inicial, en marzo 2011, y luego en una evaluación final, en diciembre de 2011. La dificultad con la que nos encontramos con el uso de este método es lo que Cohen (1990: 105) denomina “mortalidad de la muestra”: inevitablemente, durante el curso de un estudio de grupos a largo plazo, los sujetos desaparecen, se pierden o rehúsan una posterior cooperación. Esta situación la vivenciamos en nuestra investigación, teniendo una deserción de 10 familias, es decir, solo el 77% de la población encuestada se mantuvo en el programa, participando de ambas instancias de evaluación, tanto en la inicial como en la final.

Por otra parte, en esta investigación hemos recurrido a instrumentos tanto del método cuantitativo como del método cualitativo.

Del método cuantitativo hemos seleccionado el cuestionario como instrumento de trabajo y, del método cualitativo, hemos seleccionado la entrevista como instrumento de trabajo. Investigadores justifican la necesidad de los dos análisis, el cuantitativo y el cualitativo: “La investigación cuantitativa tiende a abordar la subjetividad mediante el uso de instrumentos que dan respuestas reproducibles y fiables a preguntas particulares acerca de algún aspecto del mundo observable. Podría decirse que la investigación cuantitativa ilumina un lugar único con un solo haz de luz intensa”. (Flick, 2004: 47).

Por una parte, la investigación cuantitativa nos permite conocer los hechos y sus realidades, en cambio, el análisis cualitativo nos permite conocer la experiencia humana, que en el caso de nuestra investigación, es prioritario. Como señala Flick, (2004): “Para comprender algo de verdad tenemos que conocer no sólo los hechos sino también la experiencia humana relativa a esos hechos. La investigación cualitativa tiene que ver con significado: la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir. Los métodos cualitativos se han elaborado en gran medida en las ciencias sociales, donde constituyen elementos clave para la investigación de campo, observación, descripción y explicación”.

En definitiva, reconocemos que hemos necesitado del análisis cuantitativo y del cualitativo porque se complementan y ambos han sido de una gran utilidad en el diseño de esta investigación. Consideramos que el tipo de información que revela este estudio en particular, requiere de la combinación de los métodos de investigación cuantitativo y cualitativo para que aumente su comprensión en los distintos niveles abordados.

1. PLANTEAMIENTO INICIAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Estado de la cuestión

El período comprendido entre el nacimiento y el tercer año de vida resulta crucial para el desarrollo humano, puesto que es el momento donde se sientan las bases neurológicas para el desarrollo biológico, cognitivo y social-afectivo del niño/a.

Esta investigación pretende demostrar el beneficio que significa, para los padres, la participación directa en programas de atención temprana (en adelante AT), sobre todo si la población participante es considerada de riesgo social. La experiencia vivida realizando el Máster de AT en la Universidad Complutense de Madrid, en el período 2003-2004, me motivó a trabajar en el tema de la AT al regresar a mi país (Chile) y asesorar, desde el año 2006, al programa de AT “Juguemos con nuestros hijos” en el consultorio familiar Santa Teresa, de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la comuna de Puente Alto, Santiago de Chile.

A lo largo del desarrollo de este programa hemos podido constatar considerables mejoras en el desarrollo cognitivo y socioafectivo, tanto en los niños “normales” como en los que presentan cierto retraso en el desarrollo, pero también se han detectado, en los padres y/o cuidadores, mejoras y cambios positivos en las habilidades parentales relacionadas con: el desempeño y rol de ser padres (agencia parental), habilidades asociadas al conocimiento y relación con el hijo/a, habilidades de autonomía y búsqueda de apoyo y habilidades para educar a los hijos/as.

La participación activa de los padres, en el trabajo de estimulación de sus hijos pequeños (0-3 años), no solo beneficia al desarrollo integral del niño, sino que también contribuye a desarrollar, en los padres y/o cuidadores, mejoras en las habilidades parentales, provocando efectos positivos en la relación afectiva padre- hijo, mejorando el vínculo entre ambos y, en definitiva, instaurando conductas educativas, en los padres, que benefician directamente la evolución, motora, psíquica e intelectual del niño/a.

1.2 Propósito de la investigación

1.2.1 Hipótesis de trabajo y objetivos

La hipótesis de esta investigación es la siguiente: la participación directa de padres en programas de AT incide en el desarrollo de las habilidades parentales relacionadas con: el rol y desempeño de ser padres, habilidades asociadas a la relación y conocimiento del hijo/a, habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo y habilidades educativas, afrontando así, la tarea de educar y criar, de un modo más positivo y seguro de sí mismos.

El objetivo general de esta investigación es conocer y analizar la importancia de la Atención Temprana en el período clave en el desarrollo del niño (0-6 años) y demostrar que la participación de padres, madres y/o cuidadores en el Programa de AT “Juguemos con nuestros hijos”, repercute positivamente en el desarrollo de habilidades parentales.

Entre los objetivos específicos destacan:

Objetivos específicos

- Destacar la importancia de la AT en base a la trayectoria de España en este tema y las experiencias desarrolladas en Chile.
- Demostrar el valor que tiene la familia y la influencia del entorno en el desarrollo del niño: las investigaciones en el campo de la AT han puesto de manifiesto que en los primeros años de vida no es tan necesario el simple entrenamiento de aprendizajes, sino que hay que tener en cuenta otros aspectos de gran importancia como lo es el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, el bienestar personal y familiar, el estrés de los padres, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico y los aspectos relacionados con la salud del niño, entre otros.
- Comprobar la efectividad que tiene la implementación de programas de intervención temprana con participación de padres: no solo nos aseguramos la evolución y bienestar de los niños sino que, también, generamos un espacio

- positivo para que los padres desarrollen su capacidad para cumplir su rol parental de mejor manera.
- Demostrar que el factor socioambiental es determinante en el desarrollo de un niño/a.
 - Evidenciar la necesidad de ayuda que presentan las familias en riesgo social: mientras más temprano se intervenga en la estimulación del niño/a y más temprano se dé el apoyo a la familia, se estará haciendo un trabajo preventivo que significará bienestar para las familias y un ahorro para la sociedad y el estado.
 - Crear e implementar un cuestionario para los padres, madres y/o cuidadores participantes del Programa “Juguemos con nuestros hijos” en la comuna de Puente Alto, en Santiago de Chile.
 - Recoger, a través del cuestionario, las opiniones e impresiones de los adultos participantes del programa, en relación a las habilidades parentales mencionadas anteriormente en la hipótesis de trabajo de esta investigación.
 - Comprobar, por medio del instrumento creado (cuestionario), la evolución positiva que los adultos perciben en relación al desarrollo de habilidades para ser mejores padres y vislumbrar, así, las futuras líneas de trabajo con ellos.

1.2.2 Justificación de la investigación

Recordemos la hipótesis de esta investigación, anteriormente expuesta, donde se plantea: la participación directa de padres en programas de AT incide en el desarrollo de las habilidades parentales relacionadas con el rol y desempeño de ser padres, habilidades asociadas a la relación y conocimiento del hijo/a, habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo y habilidades educativas, afrontando así, la tarea de educar y criar, de un modo más positivo y seguro de sí mismos.

Esta investigación toma fuerza y sentido basándonos en que:

- En el ámbito del riesgo socioambiental, realidad en que se desarrolla el programa chileno “Juguemos con nuestros hijos”, parece ser que la mejor forma de contrarrestar el problema de retraso o posible rezago en el desarrollo psicomotor del menor es mediante una intervención doble, proporcionando al niño un ambiente estimulante y educando a la familia (padre-madre principalmente) para que ésta ayude a sus hijos en su desarrollo. Los pocos datos que se disponen al respecto parecen confirmar la idea que las actividades tempranas con esta población pueden llegar a ser una cierta “vacuna” contra el fracaso posterior.

Si bien es cierto que los programas de AT son básicos y clave en casos con alteraciones y minusvalías documentadas, no se puede olvidar que en niños con alto riesgo social (entendiendo por ello situaciones sociales negativas que pueden afectar igualmente su desarrollo) la detección precoz e intervención sobre los factores desencadenantes es fundamental para impedir que se produzcan deficiencias. La AT ejerce, pues, una labor importantísima de prevención de posibles deficiencias y de retrasos en el desarrollo del niño.

- El valor del trabajo preventivo que realiza este tipo de programas es muy asertivo pues se trabaja a dos bandos: por un lado niños/as en edad clave de su desarrollo y, por otro, los padres. En el caso de hacer una intervención de este tipo en poblaciones de riesgo, sobre todo socioambiental, el trabajo preventivo multiplica su importancia pues las carencias por las que pasa un niño que crece en situación de riesgo social se ponen en evidencia durante la escolarización, cuando se denotan los primeros “fracasos” en cuanto a calificaciones, capacidad de comprensión y/o concentración para seguir una clase. En este período ya es mucho más difícil recuperar funciones cerebrales que, con una atención adecuada en etapas previas de desarrollo, no se hubieran perdido. Una labor de prevención en todos estos sujetos evita la aparición de discapacidades y problemas educativos que, después, son muy difíciles de tratar y erradicar.
- Los padres y madres (en adelante “padres”) que participan de este tipo de

programas, se caracterizan porque les es difícil considerarse a sí mismos como los educadores principales de sus hijos. Es por esto que los profesionales que dirijan el programa y los encargados de la formación deberán comenzar por ayudarlos a integrar y hacer conscientes sus ideas y capacidades, para luego dedicar tiempo a actividades y procedimientos concretos de formación y capacitación. Todo esto respetando el modo de vida de las familias y entablando una relación basada en el respeto, la confianza, la escucha y el conocimiento de las vivencias compartidas.

Los padres demuestran necesidad de apoyo y real interés por formarse, les interesa comprender mejor a sus hijos y mejorar la calidad de las interacciones padre/ madre - hijo.

Luego de este trabajo de investigación, queremos confirmar la importancia de fortalecer el rol de los padres como primeros educadores de sus hijos, ayudándolos a que confíen en sí mismos y a que aprendan a pedir ayuda, pues existe una serie de iniciativas y redes de apoyo, a nivel de políticas públicas que, muchas veces por ignorancia, no son usadas por las familias.

- Esta investigación busca confirmar lo positiva que puede resultar la participación directa de los padres en programas de AT. En lo que llevamos funcionando (5 años) los resultados señalan una evolución en el desarrollo de los niños/as participantes, así como un alto nivel de satisfacción y seguridad por parte de los padres de estos.
- Las líneas de investigación que se siguen en este trabajo pretenden evidenciar la adquisición y mejora de las “habilidades parentales” que pueden conseguir los padres que participan en este tipo de programas pues, no solo confirmamos los efectos positivos que se producen en los niños/as, sino que además comprobaríamos la evolución positiva que se produce en los padres.
- En concreto, la aplicación del instrumento (cuestionario) que evalúa el progreso de los padres en cuanto a sus habilidades parentales, servirá para darle más fuerza a este programa, dará la posibilidad de validarlo y “exportarlo” a otros consultorios de salud familiar de Chile y seguir demostrando, y comprobando, que no solo se está beneficiando a los niños participantes, sino que también a sus familias.

- Finalmente, como señala Jaime Frenes (1999) “el niño y la niña, no son una especie de semilla que simplemente crece, de acuerdo con un modelo pre-condicionado. Son sujetos activos, que descubren, se adaptan y construyen. Su desarrollo está condicionado de una forma u otra en función de si encuentran, en su entorno, elementos positivos para esa actividad constructora”.

No existe mejor recurso invertido que aquel que se destina a la prevención y protección de la primera infancia.

1.3 Interés actual en el tema

A lo largo de los últimos tres decenios, el tema de la infancia ha ido tomando espacio en el discurso social, político y cultural, lo que ha llevado a que el mundo entero tenga como preocupación y prioridad alcanzar una mejora en la calidad de vida y acceso a oportunidades de la población de niños y niñas entre 0 y 18 años.

El 20 de noviembre de 2009, la comunidad mundial celebró el 20º aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño. Se trata del tratado internacional de derechos humanos más ampliamente ratificado en la historia; y sus 54 disposiciones, así como los Protocolos Facultativos que lo acompañan, articulan todo el conjunto de derechos civiles, políticos, culturales, sociales y económicos de todos los niños y niñas, sobre la base de cinco principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior de la infancia, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; y el respeto por los puntos de vista de los niños y niñas. Estos principios orientan las actividades de todas las partes interesadas, incluidos los propios niños y niñas, en la aplicación de sus derechos a la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación.

Firmada por todos los países del mundo y ratificada en la actualidad como ley por todos, con excepción de Estados Unidos y Somalia, la Convención se ha consolidado en las legislaturas nacionales y locales y ha servido para motivar a los gobiernos de todo el mundo a considerar los derechos y el desarrollo de la infancia como uno de los elementos principales de sus programas legislativos.

La Convención ha ejercido una influencia generalizada y profunda en las

instituciones públicas. Esto puede constatarse en el uso creciente de un lenguaje sobre los derechos de la infancia y una mayor importancia de estos derechos en las metas, políticas y programas nacionales e internacionales, así como en las actividades de promoción de los derechos humanos y del progreso social. El tratado ha alentado, también, a los gobiernos nacionales y locales a adoptar iniciativas presupuestarias amigas de la infancia, medidas de protección social y enfoques basados en los derechos humanos para la cooperación a favor del desarrollo de las mujeres y los niños. La Convención también ha contribuido a fomentar una mayor conciencia sobre los derechos de la infancia en las empresas, las escuelas, las familias y las comunidades. Sus repercusiones sobre los medios de comunicación son claras, ya que les ha inducido a establecer códigos de conducta sobre cómo informar acerca de temas relacionados con la infancia, ha generado un aumento en la cobertura de las cuestiones relacionadas con la protección de ésta y ha fomentado la inclusión de las opiniones de los niños y niñas en cuestiones que les preocupan o les afectan.

El tratado ha contribuido, también, a transformar las actitudes hacia la infancia, al definir las normas mínimas para el tratamiento, atención, desarrollo, protección y participación, que es preciso aplicar en el trato a todos los individuos menores de 18 años.

1.3.1 Progresos y desafíos

En la era de la Convención se han producido avances notables en la supervivencia y el desarrollo del niño, medidas amplias y consolidadas para proteger a la infancia y un mayor reconocimiento de la importancia que tiene promover la autonomía de los niños a fin de que participen en su propio desarrollo y protección. Uno de los logros más importantes, en materia de supervivencia y desarrollo del niño, ha sido la reducción del número anual de muertes de menores de 5 años, de 12,5 millones en 1990 a menos de 9 millones en 2008.

El descenso de la mortalidad infantil se deriva de los grandes esfuerzos realizados por los gobiernos nacionales, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad sanitaria internacional para evitar enfermedades y luchar contra ellas, mejorar la

seguridad en materia de alimentos y nutrición y proporcionar servicios amplios e integrados a todos los niveles del sistema de salud. Especialmente, la vacunación contra las principales enfermedades que se pueden prevenir a través de este método, ha salvado la vida de millones de niños y niñas en todas las regiones del mundo.

La campaña en favor de la educación también se ha intensificado y, alrededor del 84% de los niños y niñas en edad escolar primaria, se encuentran escolarizados, se ha reducido la diferencia de género en la matriculación primaria y ha aumentado la tasa de término hasta el último grado de la escuela primaria, en la mayoría de las regiones en desarrollo.

Durante los últimos 20 años, la promoción en favor de cuestiones relativas a la protección de la infancia ha aumentado considerablemente. Aunque las lagunas en los datos todavía ocultan todo el alcance de las violaciones contra la protección de la infancia, las encuestas internacionales en los hogares, como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y las Encuestas de Demografía y Salud, han suministrado, desde mediados de los años 1990, datos sistemáticos sobre varias cuestiones importantes, entre ellas la inscripción de nacimiento, el matrimonio infantil, el trabajo infantil y, en los últimos años, las actitudes hacia la violencia doméstica y la disciplina del niño. La participación infantil, articulada en varias disposiciones de la Convención, ha recibido una mayor aceptación y se ha aplicado cada vez más durante los últimos dos decenios.

A pesar de estos avances, todavía queda mucho por hacer para lograr que la promesa que figura en la Convención se convierta en una realidad para los niños y niñas de todo el mundo. Los desafíos son numerosos y de gran escala. Alrededor de 1.000 millones de niños y niñas viven, todavía, acuciados por una o más formas de privación material. Millones de niños y niñas, especialmente en África y Asia, carecen de acceso a servicios de salud de calidad, a la administración de suplementos de micronutrientes, a la educación, al acceso a fuentes mejoradas de agua potable y a instalaciones de saneamiento; y a una vivienda adecuada.

Como promedio, más de 24.000 niños y niñas menores de cinco años mueren

todavía, diariamente, debido a causas que se pueden evitar. Entre 500 millones y 1.500 millones de niños y niñas sufren todos los años a causa de actos de violencia. Alrededor de 150 millones de niños y niñas de 5 a 14 años están atrapados en el trabajo infantil, más de 140 millones de menores de cinco años tienen bajo peso para su edad y, alrededor de 100 millones de niños y niñas en edad escolar primaria, no están matriculados en ese tipo de enseñanza.

Las disparidades en la realización de los derechos de la infancia son cada vez más aparentes en todos los países. Las pruebas empíricas indican que algunos niños y niñas corren un mayor riesgo de quedar privados de servicios esenciales y de protección que otros, especialmente quienes provienen de comunidades marginadas, remotas y empobrecidas, los discapacitados, los que proceden de poblaciones minoritarias o indígenas, o quienes viven en familias donde el nivel educativo de la madre es bajo. En la esfera de la educación, en todo el mundo, las niñas tienen menos probabilidades que los niños de estar matriculadas en la escuela primaria y secundaria. Las niñas siguen corriendo, también, un mayor riesgo de casarse antes de cumplir 18 años o de sufrir actos de violencia física y sexual.

En África y Asia es donde los derechos de la infancia a la supervivencia, el desarrollo y la protección se encuentran más amenazados y algunas regiones de África subsahariana y Asia meridional se hallan bastante más retrasadas que otras regiones en la mayoría de los indicadores. Sus progresos en la atención primaria de salud, la educación y la protección serán fundamentales para impulsar los progresos en favor de los derechos de la infancia y de los objetivos de desarrollo aprobados internacionalmente en favor de la niñez.

Los últimos informes de la UNICEF del año 2010, destacan la importancia de prestar apoyo a las familias en sus esfuerzos encaminados a proporcionar la asistencia y la promoción necesaria para satisfacer los derechos de la infancia. En muchos casos, esto exige facilitar que tengan acceso a servicios esenciales de calidad y a un mayor conocimiento de prácticas mejoradas de atención de la salud e higiene, así como fomentar su participación en las decisiones que afectan a sus vidas.

Los gobiernos nacionales, por su parte, adoptan cada vez más estas

recomendaciones, lo que genera beneficios y ventajas en favor de los derechos de la infancia.

Enfoques a nivel de todo el sistema, como la continua atención de salud de la madre, del recién nacido y del niño, la educación amiga de la infancia y el paradigma del entorno protector, ofrecen amplios marcos para abordar las privaciones en la salud, la educación y la protección de la infancia, respectivamente. El enfoque de la cooperación basado en los derechos humanos presenta un marco sólido para abordar las disparidades y garantizar que las medidas se rijan según los principios de los derechos humanos. Las actividades humanitarias tienen ahora en cuenta las necesidades de la personalidad integral del niño, haciendo hincapié en la educación y la protección, así como en los compromisos básicos tradicionales que consisten en suministrar productos y servicios esenciales que satisfagan las necesidades físicas básicas del niño.

El desafío es consolidar los progresos alcanzados en los últimos 20 años, mitigar los riesgos y aprovechar las oportunidades que ofrece el progreso social, económico y tecnológico.

La Convención sobre los Derechos del Niño es el resultado de una larga batalla y una dura victoria. También es un documento valioso que marca rumbo hacia un mundo en el que los derechos de los niños y niñas se cumplen y en el que todos los aspectos del bienestar humano mejoran enormemente como resultado de ello. La mayor dificultad de los próximos 20 años, según el informe de la UNICEF, será aunar la rendición de cuentas de los gobiernos con la responsabilidad social e individual. A fin de que el ideal de la Convención llegue a ser una realidad para todos los niños y niñas del mundo, debe convertirse en un documento que oriente las acciones de todos los seres humanos.

1.3.2 Educar a la primera infancia

A lo largo de la última década, la atención a las políticas sobre la educación y los cuidados de la primera infancia ha experimentado un aumento en los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), compuesto por Australia, Bélgica, Dinamarca, España, Estados Unidos, Finlandia; Italia, Noruega, los

Países Bajos, Portugal, Reino Unido, la República Checa, Reino Unido, Turquía y Suecia, entre otros) y en países latinoamericanos en vías de desarrollo, como es el caso de Chile. Los diseñadores de las políticas han reconocido que el acceso igualitario a la educación y cuidados de calidad durante la primera infancia puede ser un elemento que fortalezca las bases del aprendizaje permanente para todos los niños, así como un apoyo a las necesidades generales en el aspecto educacional y social. Por una parte, este interés ha sido motivado por investigaciones que muestran la importancia de las experiencias tempranas de calidad en el desarrollo cognoscitivo, social y emocional a corto plazo en los niños, así como la relevancia para su éxito, a largo plazo, en términos de la educación escolar y las etapas posteriores. Asimismo, inquietudes respecto de la equidad han llevado a los diseñadores de políticas a concentrarse en la manera en la cual el acceso a los servicios de calidad durante la primera infancia puede mitigar algunos de los efectos negativos de las personas en desventaja y contribuir a la integración social.

Los objetivos de la primera infancia (0-3 años) según la OCDE son:

- Dar a los niños la experiencia de vivir en comunidad en un entorno de apoyo.
- Concentrarse en las necesidades individuales y los patrones de aprendizaje de cada niño.
- Fomentar una sólida participación de los padres en la educación de sus hijos.

A su vez, los estudios de esta misma organización señalan que la política relacionada con los menores de tres años está íntimamente vinculada con la naturaleza de los acuerdos de licencia de maternidad y familiar, así como los puntos de vista acerca de los cuidados en este grupo de edad. Aunque se observen esfuerzos gubernamentales por ampliar el suministro y aumentar el enfoque educativo, aún existen diferencias en el acceso y la calidad para este segmento de edad, acentuándose esta tendencia, en los niños que pertenecen a familias de bajos ingresos.

El acceso a la Educación y Cuidados de la Primera Infancia (ECPI) es casi universal para los niños a partir de los tres años, se requiere poner mayor atención con

lo que ocurre con los niños menores de tres años. Resulta importante garantizar un acceso equitativo, de modo que los niños tengan las mismas oportunidades de acceder a una ECPI de calidad, sin importar el ingreso familiar, la situación laboral de los padres, las necesidades educativas especiales o los antecedentes étnicos de lenguaje (OCDE, 2001).

1.3.3 Realidad de la primera infancia en Chile

Con lo anteriormente expuesto podemos confirmar que existe un interés creciente, a nivel mundial, de mejorar las condiciones de vida y acceso a la educación de la primera infancia. Se está consciente que los tres primeros años de vida son cruciales en el desarrollo integral del ser humano, por tanto, todas las acciones que se puedan llevar a cabo a favor de este grupo de población serán determinantes en la mejora de la calidad de vida de este grupo vulnerable. Sin embargo, los desafíos que quedan por delante, aún son bastantes. La situación de desigualdad e inequidad en el acceso a la educación infantil que se vive en Chile en la etapa inicial entre los 0 y 6 años, como también la falta de validación y preparación de los padres, como primeros educadores de sus hijos, han hecho que muchos niño/as chilenos, que viven en situación de riesgo social, comiencen su vida escolar formal recién a los 6 años, con una clara desventaja frente a quienes han accedido a la educación inicial a edades tempranas.

Como hemos señalado inicialmente, el período comprendido entre el nacimiento y el tercer año de vida resulta crucial para el desarrollo humano, puesto que es el momento donde se sientan las bases neurológicas para el desarrollo biológico, cognitivo y social-afectivo del niño/a. Invertir recursos en la educación de la infancia temprana conlleva importantes beneficios, no solo a nivel de la persona, sino también a nivel de estado-gobierno pues permite aprovechar mejor la inversión en la escuela primaria y secundaria. Una adecuada educación inicial contribuye, a largo plazo, a la formación de capital humano, elevando la productividad de la persona, consiguiendo ésta mejores oportunidades laborales, mejores ingresos y, en definitiva, se disminuye el gasto público.

En Chile, en estos últimos años, ha aumentado la preocupación por la educación de

la primera infancia, buscando promover el desarrollo sano de los niños a partir de los primeros años de vida, siendo éste un tema prioritario en las políticas públicas de los últimos gobiernos del siglo XXI.

Experiencias internacionales (especialmente de Estados Unidos) revelan que la intervención en este período, particularmente en contextos de vulnerabilidad psicosocial y pobreza, tiene resultados positivos a corto y largo plazo, no solo para los niños y sus familias, sino también para la sociedad en general.

En Chile existe un considerable esfuerzo por aumentar la cobertura nacional y mejorar la calidad de la educación parvularia a través de jardines infantiles y salas cuna, pero también creemos importante promover la creación de otras iniciativas de educación no formal, fuera de la institución educativa, como pueden ser los centros de salud familiar o los centros de desarrollo comunitario, para no solo responsabilizar al sector educacional en esta tarea de atender a la primera infancia, sobre todo si se considera que la mayoría de los niños chilenos menores de 3 años son cuidados por sus madres o familiares cercanos, en sus casas.

II. MARCO TEORICO Y NORMATIVO

1. ATENCIÓN A LA INFANCIA TEMPRANA

El interés central de esta investigación se basa en la importancia de un desarrollo integral de la primera infancia (0-6 años) y de las acciones preventivas y remediales que se pueden realizar en favor de esta población infantil y de sus padres.

Hoy en día resulta evidente la relevancia que las experiencias tempranas tienen en el desarrollo de la persona y se ha comprobado que el cerebro, en edades tempranas, es muy plástico y manejable porque no ha terminado de desarrollarse. No se puede olvidar que la AT se basa en una propiedad fundamental de los seres humanos: la plasticidad de su sistema nervioso, denominada neuroplasticidad.

Para Flórez (2005) la neuroplasticidad se entiende como la capacidad que tiene el sistema nervioso para responder y, sobre todo, para adaptarse a las modificaciones que presenta su entorno, sean cambios intrínsecos al propio desarrollo del niño o cambios en el ambiente, incluidos los que presentan un carácter agresivo. La plasticidad del sistema nervioso le permite, al individuo, adaptarse a las circunstancias que varían en uno u otro sentido.

Uno de los rasgos fundamentales del cerebro radica en la cantidad de conexiones que posee, pero para completar su desarrollo se necesita de la actividad neuronal, lo que supone modificar la maduración del cerebro con más de un procedimiento: su propia estimulación y la experiencia.

A lo largo de esta investigación se hablará de AT y de ciertos términos y definiciones que se irán repitiendo a lo largo de estas páginas. Para una mejor comprensión de este trabajo de investigación, se presenta el siguiente marco teórico.

1.1 Concepto y evolución de la atención a la infancia

El concepto de infancia es relativamente novedoso, comenzó a tener cierta relevancia en el período de la industrialización y en el desarrollo de la ciencia a mediados de siglo XIX. En el siglo XX, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de 1948, vino a considerar a todas las personas como sujetos de derecho (López Guinea, 2011).

El diccionario de la RAE define infancia como: “Período de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad / Conjunto de los niños de tal edad”, período que psicólogos como Eric Erikson señalan como principal en la vida, puesto que en esta etapa se forma una parte fundamental del carácter de las personas. Además, a nivel social, la infancia tiene la carga del “deber ser” una etapa feliz de la vida, puesto que se da por entendido que los niños deben dedicarse a su formación y buen desarrollo, sin tener mayores preocupaciones.

La infancia es un período determinado en la vida de un niño, el cual puede medirse por un intervalo de edad, pero no todo el mundo está de acuerdo con el momento exacto. La mayoría de las veces se acepta que el período de la infancia va desde el nacimiento hasta los 14 años de edad, hay quienes dicen que hasta los 10 o los 12 y, otros, hasta los 16. La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas estipula que abarca hasta los 18 años, salvo que la mayoría de edad de cada país sea antes (Casas, 1998).

La infancia constituye un subconjunto de la población muy importante para cualquier país. En la mayoría de los países en vía de desarrollo representa un porcentaje mucho mayor que en los países industrializados.

La educación y las prácticas de crianza han sido diferentes en los distintos momentos históricos. También han sido diferentes las etapas en las que se dividía los períodos de la vida. Por ejemplo, en la Edad Media no se reconocía la infancia como etapa propia con características y cualidades específicas y hasta el siglo XVII no hubo un concepto de infancia tal cual lo entendemos ahora (López Guinea, 2011).

A continuación describiremos brevemente cómo se entendía la infancia en diferentes momentos de la historia:

En la Grecia clásica se defiende la idea de que los ciudadanos varones se escolaricen, recibiendo una instrucción informal (hasta la pubertad: leer, escribir, educación física) y, después, una instrucción formal: aritmética, literatura, filosofía y ciencia.

En Roma, el objetivo de la educación es formar buenos oradores. La escolarización se divide en tres etapas:

- “Ludus” o escuela elemental (7-12 años).
- “Gramática” (12-16 años), donde se impartía prosa, teatro y poesía.
- “Retórica” (desde los 16 años), incidiendo principalmente en técnicas de oratoria (a esta última etapa educativa llegaban muy pocos).

Accedían a la educación solo los ciudadanos considerados libres. Hasta los 12 años las escuelas eran mixtas, después se separaban niños de niñas y solían proseguir los estudios los varones de familias acomodadas, pues que estudiar las mujeres era algo mal visto.

En la Edad Media es la Iglesia quien controla la educación, tanto la religiosa como la secolar, debido a la influencia del cristianismo. El objetivo de la educación es preparar al niño para servir a Dios, a la Iglesia y a sus representantes.

No se observa una preocupación por la infancia como tal, la educación no se adapta al niño. Toda la enseñanza de contenidos religiosos es en latín pues se considera que la lengua materna es inapropiada para transmitir conocimientos.

El niño es concebido como un homúnculo (hombre en miniatura) que debe ser educado para ser reformado.

Acceden a la educación algunos varones y, para las mujeres, estaba prohibido. Durante la Edad Media el niño es utilizado como mano de obra.

Durante el Renacimiento, aparecen, de nuevo, muchas ideas clásicas sobre la educación infantil. Se defiende la escolarización obligatoria hasta los 12 años y se señala la importancia de la lengua materna en lugar del latín. Surge una percepción de niño no como de tabla rasa, a la que se debe ir marcado una serie de huellas, si no que todo lo que llegue a hacer y ser va a depender de sus experiencias.

Con la Revolución Industrial disminuye la necesidad de mano de obra infantil, de ahí que la necesidad de escolarización se convierte en un objetivo primordial. Los cambios en la vida social generan un contacto más estrecho entre padres e hijos.

Una de las figuras más importantes del siglo XVIII es Jean-Jacques Rousseau (1712-1778). Entre sus ideas más influyentes destacan: el niño es bueno por naturaleza; toda educación debe adaptarse al nivel del niño; da gran importancia a la experiencia, no solo a la palabra, para adquirir conocimiento; considera al niño un ser con características propias que sigue un desarrollo físico, intelectual y moral. Para Rousseau la educación tiene que ser obligatoria y debe incluir a la mujer.

Se puede decir que el estudio científico del niño empieza en la segunda mitad del siglo XIX, donde se plantean una serie de técnicas de crianza y educación de los niños.

Sin embargo, en el siglo XIX no hay, todavía, una concepción consensuada ni unificada de la infancia y la educación.

No es hasta el siglo XX cuando la infancia es plena y explícitamente reconocida como período con características y necesidades propias. Solo a partir de ahí el niño es reconocido como persona con derecho a la identidad personal, a la dignidad y a la libertad. (Declaración de los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1959).

1.2 Bases legales

Las acciones que conforman la AT han de estar avaladas por una normativa que permita su puesta en práctica y su generalización. Veamos cuál es la legislación que fundamenta la atención a la infancia, con o sin discapacidad, a nivel internacional, europeo, español y chileno.

1.2.1 *Legislación sobre la infancia en el mundo*

Declaración de los Derechos del Niño (ONU 1959): aporta bases importantes para el cuidado de los niños, la AT y la Educación Especial.

- Principio 1: “(...) Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación (...)”.
- Principio 2: “El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios (...) para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal (...)”.
- Principio 4: “El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud (...)”.
- Principio 5: “El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular”.
- Principio 7: “El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales”.

Resolución 29/35 de la XXIX Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 1976): Se aprueba la “Clasificación Internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)” donde se establecen las definiciones de deficiencia, discapacidad y minusvalía. “El niño física o mentalmente impedido debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado

especial que requiera en su caso particular”.

Resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (3 de diciembre de 1982): se aprueba el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidades”, donde se establecen medidas sobre prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades.

Convención sobre los Derechos del Niño (ONU 1990), aprobada en Nueva York por la Asamblea General de las Naciones Unidas el día 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España el 30/11/90. Dice en el artículo 23 “(...) el niño mental y físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse por sí mismo y faciliten la participación activa del niño en Comunidad”, “(...) reconocen el derecho del niño impedido a recibir cuidados especiales”, “(...) será gratuito”.

Resolución 48/96 de 20 de diciembre de 1993 Asamblea General de las Naciones Unidas: Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad.

Declaración de Salamanca: Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales: Acceso y Calidad. Aprobada por aclamación en la ciudad de Salamanca, el día 10 de junio de 1994.

Prevención de la Discapacidad. Auckland, 1996, por la que se marcan bases estratégicas para prevenir las discapacidades.

1.2.2 Legislación en Europa

A nivel europeo, la legislación existente, a la que se suscribe España, contempla:

- Carta Social Europea, ratificada el 29 de abril, 1980, es la primera legislación relacionada con los niños con discapacidad y la AT.

- Resolución (84) 3 del Comité de Ministros de Europa, 1984, sobre política coherente para la rehabilitación de las personas minusválidas.
- Resolución sobre los Derechos de los Deficientes Mentales, 1992, sobre los Derechos de los Deficientes Mentales.
- Guía Europea de la Buena Práctica, hacia la igualdad de oportunidades de personas con discapacidad. Informe del grupo temático 1 de Helios II, 1995-1996. En ella se concibe como ayuda a los estados miembros a la hora de elevar sus estándares y de acabar con la discriminación y la exclusión; sus finalidades son hacer balance de las prácticas actuales, fomentar la transferencia de conocimiento y buena práctica, facilitar un recurso educativo y contribuir a la planificación del futuro.

1.2.3 Legislación de España

Constitución Española de 1978 en sus artículos:

- Artículo 14: “Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.
- Artículo 39:
 - “Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.”
 - “Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales estos ante la ley, con independencia de su filiación y de las madres, cualquier sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad”.
 - “Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera de matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en los que legalmente proceda”.
 - “Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.”

- Artículo 49: “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.
- Resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social por la que se aprueba el plan de prestaciones para minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales (BOE 08/04/80).
- Real decreto 620/81 sobre el régimen unificado de ayudas públicas a discapacitados (BOE 06/04/81).
- Orden del Ministerio de Educación y Ciencia por la que se regula la composición y funciones de los equipos multiprofesionales dependientes del Instituto Nacional de Servicios Sociales (BOE 15/09/82).
- Real decreto 2639/1982 del 15 de octubre de 1982, Ordenación de la Educación Especial en el que se establece “que la atención educativa de las personas disminuidas comenzará tan precozmente como lo requiera cada caso, iniciándose el proceso de integración, en la medida de lo posible, en el nivel de educación preescolar, dicho proceso tenderá a la modalidad de integración completa con los programas de apoyo individualizados que sean precisos para cada alumno en particular” (Art.7).
- LISMI (Real Decreto 383/1984, del 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 del 7 de abril, de integración social de los minusválidos; Ley 16/1990 de 20 de diciembre de Prestaciones no Contributivas). Esta ley habla de la prevención de las minusvalías, diagnóstico y valoración de éstas, del sistema de prestaciones sociales y económicas, de la rehabilitación, de la integración laboral y de los servicios sociales, entre otros.

- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril (LGS). Esta ley aboga por la prevención a parte de la curación de enfermedades, por la realización de “programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas” (Art.18.5). En el Capítulo III de Salud Mental, en su Art. 20, habla de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental, en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a los demás usuarios de los servicios sanitarios y sociales. También los Servicios de Salud Mental y de Atención Psiquiátrica deben coordinarse con los servicios sociales para atender a los problemas psicosociales. En el caso de que se sospeche la existencia de factores de riesgo se deben tomar medidas preventivas.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). En el Artículo 36 se explica que “El sistema educativo dispondrá de los recursos necesarios para que los alumnos con necesidades educativas especiales, temporales o permanentes, puedan alcanzar, dentro del mismo sistema, los objetivos establecidos con carácter general para todos los alumnos”. La identificación y valoración de las necesidades educativas especiales se realizarán por equipos multidisciplinares, que establecerán, en cada caso, planes de actuación en relación con las necesidades educativas específicas de los alumnos. “La atención al alumnado con necesidades educativas especiales se regirá por los principios de normalización y de integración escolar”. “La atención a estos alumnos se iniciará desde el momento de esa detección. A tal fin, existirán los servicios educativos precisos para estimular y favorecer el mejor desarrollo de estos alumnos, y las administraciones educativas competentes garantizarán su escolarización”.
- Real decreto 1333/91 por el que se establece el currículo de educación infantil (BOE 09/09/91).
- Orden de 9 de diciembre de 1992 del Ministerio de Educación y Ciencia por la que se regulan la estructura y funciones de los equipos de orientación educativa y

psicopedagógica (BOE 18/12/92).

- Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación (LOE): El Art. 68 explica que: “Las administraciones educativas dispondrán los recursos necesarios para que los alumnos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, puedan alcanzar el máximo desarrollo posible de sus capacidades personales (...)”. “La atención a este alumnado se iniciará desde el mismo momento en que dicha necesidad sea identificada y se regirá por los principios de normalización e inclusión.” “Las administraciones educativas garantizarán la escolarización y regularán y favorecerán la participación de los padres o tutores en las decisiones que afecten a la escolarización de estos alumnos”. El Art. 69 explica que, para alcanzar estos fines, las administraciones educativas dispondrán de profesores especializados y de profesionales cualificados, de los medios y materiales, promoverán la realización de cursos de formación permanente para profesorado y padres. Apunta que las administraciones educativas podrán colaborar con otras administraciones o entidades públicas o privadas, instituciones o asociaciones con responsabilidad o competencias establecidas sobre los colectivos afectados, para facilitar la escolarización y una mejor incorporación de estos alumnos al centro educativo.

Normativa sobre Servicios Sociales:

- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos. (BOE 30-4-82).
- Real Decreto 383/1984, de 1 de febrero, por el que se establece y regula el sistema especial de prestaciones sociales y económicas previsto en la Ley 13/1982 de 7 de abril de integración social de los minusválidos. (BOE 27-2-84).
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (BOE 3-12-03).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor; de

modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. (BOE 17-1-96).

- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. (BOE 26-1-00).
- Orden de 2 de noviembre, de 2000, que determina la composición, organización y las funciones de los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) encargados de realizar el procedimiento de calificación del grado de minusvalía en el ámbito de la Administración General del Estado.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

1.2.4 Legislación de Chile

De la ley N° 19.284/1994 de la República de Chile que trata el tema de la discapacidad, solo algunos artículos se podrían relacionar con la AT. Sin embargo, la ley apunta principalmente a velar por los derechos de los discapacitados de tipo físico y sensorial y no a la detección precoz de posibles discapacidades. La probabilidad de padecer una discapacidad, como podría ser el caso de un niño prematuro o un niño que nace en un ambiente socialmente vulnerable, no está considerado en la ley 19.284 de la Discapacidad. Es hasta el mes de septiembre del año 2009, cuando la ley 20.379 crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza Chile Crece Contigo (descrito más adelante), transformándose, así, en una política pública estable. Esta ley establece que los niños y niñas se integran a Chile Crece Contigo desde su primer control de gestación en el sistema público de salud y son acompañados y apoyados durante toda su trayectoria de desarrollo hasta que ingresan al sistema escolar.

- Ley N° 19.284 de la Discapacidad/1994

Título I

Artículo 1.- “Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto establecer la forma y condiciones que permitan obtener la plena integración de las personas con discapacidad en la sociedad, y velar por el pleno ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes reconocen a todas las personas”.

Artículo 2.- “La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto. El Estado dará cumplimiento a la obligación establecida en el inciso anterior en los términos condiciones que fije esta ley”.

Artículo 3.- “Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencias de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio su capacidad educativa, laboral o de integración social. Un reglamento señalará la forma de determinar la existencia de las deficiencias que constituyen discapacidad, su calificación y cuantificación.”

Artículo 4.- “El Estado ejecutará programas destinados a las personas discapacitadas, de acuerdo a las características particulares de sus carencias. Para ello, cada programa se diseñará considerando las discapacidades específicas que pretende suplir y determinará los requisitos que deberán cumplir las personas que a ellos postulen, considerando dentro de los criterios de priorización el grado de la discapacidad y el nivel socioeconómico del postulante.”

Artículo 5.- “Se consideran ayudas técnicas todos aquellos elementos necesarios para el tratamiento de la deficiencia o discapacidad, con el objeto de lograr su recuperación o rehabilitación, o para impedir su progresión o derivación en otra

discapacidad. Asimismo, se consideran ayudas técnicas las que permiten compensar una o más limitaciones funcionales motrices, sensoriales o cognitivas de la persona con discapacidad, con el propósito de permitirle salvar las barreras de comunicación y movilidad y de posibilitar su plena integración en condiciones de normalidad.”

En cuanto al tema de integración de los niños con necesidades especiales, en el ámbito educativo, se encuentran las siguientes leyes y decretos:

- Ley N° 19.284 de Discapacidad

En el Capítulo II, sobre el acceso a la educación se señala:

Artículo 26.- “Educación especial es la modalidad diferenciada de la educación general, caracterizada por constituir un sistema flexible y dinámico que desarrolla su acción preferentemente en el sistema regular de educación, proveyendo servicios y recursos especializados a las personas con o sin discapacidad, según lo califica esta ley, que presenten necesidades educativas especiales”.

Artículo 27.- “Los establecimientos públicos y privados del sistema de educación regular deberán incorporar las innovaciones y adecuaciones curriculares necesarias para permitir y facilitar, a las personas que tengan necesidades educativas especiales, el acceso a los cursos o niveles existentes, brindándoles la enseñanza complementaria que requieran, para asegurar su permanencia y progreso en dicho sistema. Cuando la naturaleza y/o grado de la discapacidad, no haga posible la señalada integración a los cursos ordinarios, la enseñanza especial se impartirá en clases especiales dentro del mismo establecimiento educacional. Solo excepcionalmente, en los casos en que los equipos del Ministerio de Educación a que se refiere el artículo 28 lo declaren indispensable, la incorporación a la educación se hará en escuelas especiales, por el tiempo que sea necesario. El Estado colaborará para el logro de lo dispuesto en los incisos precedentes, introduciendo las modificaciones necesarias al sistema de subvenciones educacionales y/o a través de otras medidas conducentes a este fin”.

Artículo 29.- “Las escuelas especiales, además de atender a las personas que de

conformidad al inciso segundo del artículo 27 lo requieran, proveerán de recursos especializados y prestarán servicios y asesorías a los jardines infantiles, a las escuelas de educación básica y media, a las instituciones de educación superior o de capacitación en las que se aplique o se pretenda aplicar la integración de personas que requieran educación especial.”

Artículo 30.- “El Ministerio de Educación cautelará la participación de las personas con discapacidad en los programas relacionados con el aprendizaje, desarrollo cultural y el perfeccionamiento. Del mismo modo, fomentará que los programas de Educación Superior consideren las materias relacionadas con la discapacidad, en el ámbito de su competencia.”

Artículo 31.- “A los alumnos del sistema educacional, del nivel básico, que por las características de su proceso de rehabilitación médico funcional, requieran permanecer internados en centros especializados por un período superior a tres meses, el Ministerio de Educación les proporcionará la correspondiente atención escolar, la que será reconocida para los efectos de continuación de estudios de acuerdo a las normas que establezca ese Ministerio.”

Artículo 32.-“El Ministerio de Educación establecerá mecanismos especiales y adaptará los programas a fin de facilitar el ingreso a la educación formal o a la capacitación de las personas que, a consecuencia de su discapacidad, no hayan iniciado o concluido su escolaridad obligatoria.”

- Decreto con toma de Razón 291/1999¹

Consiste en un reglamento de funcionamiento de los grupos diferenciales en los establecimientos educacionales del país.

- Ley número 20.379/2009

En septiembre del año 2009, se crea el sistema intersectorial de protección social

¹ Fuente: www.biblioteca.mineduc.cl, www.congreso.cl consultada por última vez en mayo 2011.

que institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia denominado “Chile crece contigo”.

Artículo 1.- El Sistema Intersectorial de Protección Social, en adelante "el Sistema", es un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida. El Ministerio de Planificación tendrá a su cargo la administración, coordinación, supervisión y evaluación de la implementación del Sistema.

Artículo 2.- El Sistema estará compuesto por distintos subsistemas, de conformidad a lo dispuesto en el párrafo 2° del presente título. Para efectos de esta ley, se entenderá por subsistema el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, focalizado en un mismo grupo de personas y/o familias, en situación de vulnerabilidad socioeconómica. El sistema y los subsistemas serán sometidos a evaluaciones de resultados, incluyendo análisis de costo-efectividad, por parte de una entidad externa a los organismos del Estado que ejecuten y coordinen las acciones y prestaciones sociales que ofrecen, de conformidad a las instrucciones que para estos efectos imparta la Dirección de Presupuestos. Para lo anterior, cada subsistema deberá diseñar y poner en funcionamiento un mecanismo de información que permita contar con antecedentes relevantes y pertinentes para el seguimiento de los avances y resultados de su implementación. Copias de los informes finales de las referidas evaluaciones deberán ser remitidas al Congreso Nacional y publicadas en el sitio web de la Dirección de Presupuestos y del Ministerio de Planificación.

Artículo 3.- El Sistema estará constituido por los siguientes subsistemas:

- "Chile Solidario", regulado por la ley N° 19.949.
- Protección Integral a la Infancia - "Chile Crece Contigo".

- Aquéllos que sean incorporados de conformidad con el artículo siguiente.

Título II

Del Subsistema de Protección Integral de la Infancia - Chile Crece Contigo

Artículo 9.- Créase el subsistema de Protección Integral de la Infancia, denominado "Chile Crece Contigo", cuyo objetivo es acompañar el proceso de desarrollo de los niños y niñas que se atiendan en el sistema público de salud, desde su primer control de gestación y hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente.

Artículo 12.- "Chile Crece Contigo" garantizará las siguientes prestaciones para los niños y niñas que presentan situaciones de vulnerabilidad:

- Acceso a ayudas técnicas para niños y niñas que presenten alguna discapacidad.
- Acceso gratuito a sala cuna o modalidades equivalentes.
- Acceso gratuito a jardín infantil de jornada extendida o modalidades equivalentes.
- Acceso gratuito a jardín infantil de jornada parcial o modalidades equivalentes para los niños y niñas cuyos padre, madre o guardadores no trabajan fuera del hogar.

Para efectos de acceder a las prestaciones señaladas en las letras b) y c) anteriores, la madre, el padre o los guardadores de los niños que lo requieran deben encontrarse trabajando, estudiando o buscando trabajo.

Asimismo, para acceder a las prestaciones señaladas en las letras a), b), c) y d), los beneficiarios deberán pertenecer a hogares que integren el 60% socioeconómicamente más vulnerable de la población nacional.

Artículo 13.- El subsistema "Chile Crece Contigo", de conformidad con lo que

disponga el reglamento, considerará las múltiples dimensiones que influyen en el desarrollo infantil, otorgando, a iguales condiciones, acceso preferente a las familias beneficiarias de la oferta de servicios públicos, de acuerdo a las necesidades de apoyo al desarrollo de sus hijos, en programas tales como nivelación de estudios; inserción laboral dependiente o independiente; mejoramiento de las viviendas y de las condiciones de habitabilidad; atención de salud mental; dinámica familiar; asistencia judicial; prevención y atención de la violencia intrafamiliar y maltrato infantil. El acceso preferente estará dirigido a aquellas familias beneficiarias que pertenezcan a hogares que integren el 40% más vulnerable socioeconómicamente de la población.

2. LA ATENCIÓN TEMPRANA: CONCEPTUALIZACIÓN

2.1 **En el contexto europeo**

El Informe de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (AEDEE, 2005) parte de distintas concepciones de la AT:

- AT como apoyo y recursos: Dunst (1989) define la AT como “la provisión de apoyo (y recursos) a las familias de los niños por parte de los miembros de redes de apoyo social formal o informal que repercuten, tanto directa como indirectamente, en los padres, la familia y el funcionamiento del niño” (AEDEE, 2005:179), para dar respuesta a sus necesidades, por lo que se hace necesario movilizar los apoyos de la comunidad.
- AT como servicios multidisciplinarios: Shonkoff y Meisels (2000) identifican la AT con los servicios que se ofrecen a los niños, desde su nacimiento hasta los cinco años, para fomentar su salud y bienestar, mejorar las competencias emergentes, reducir los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades, prevenir los deterioros funcionales, fomentar la paternidad responsable y favorecer la funcionalidad familiar.

- AT como apoyo de patrones de interacción: Guralnick (2004) define la AT como un sistema diseñado para apoyar patrones familiares de interacción que estimulen el desarrollo evolutivo del niño, garantizando su salud y seguridad.
- AT según la AEDEE (2005): El grupo de expertos de esta Agencia Europea definió la AT como “un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia, y fomentar la inclusión social de la familia y el niño” (AEDEE, 2005: 17).

El Informe de la Agencia Europea indica que “estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias” (AEDEE, 2005:17).

En Europa, al principio, la AT se centraba primordialmente en el niño y que el enfoque debía ir ampliándose y orientándose a la familia y la comunidad (Peterander et al., 1999; Blackman, 2003). Se atiende, de este modo, a todo el entorno en el que se desarrolla el niño, denotando la necesidad de interdisciplinariedad entre los ámbitos implicados.

2.2 En el contexto de España

Actualmente, la referencia obligada y compartida por la mayor parte de las Comunidades Autónomas, es el Libro Blanco de AT (2000, 2005) que define ésta como “el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta, lo más pronto posible, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (GAT, 2005:12).

En sus comienzos, la AT (“estimulación precoz”, como se denominaba comúnmente) atendía principalmente a un grupo de niños con patologías instauradas y tenía un carácter rehabilitador y asistencial. En la actualidad, los objetivos de la intervención se abren a la población de riesgo, primando la atención preventiva y el tratamiento global (familiar, social y educativo, además del sanitario). Se busca evitar futuras discapacidades en aquellos problemas del desarrollo que puedan ser transitorios o derivados de una situación de riesgo y/o atenuarlas en aquellas situaciones de trastornos permanentes, desarrollando al máximo las capacidades del niño que le permitan autonomía personal y una integración familiar, escolar y social.

Así, la detección precoz y la AT son claves para evitar/prevenir o atenuar discapacidades.

Sonsoles Perpiñán (2009), resalta algunas ideas básicas en la definición del Libro Blanco, en las que plasma la importancia de la intervención con la familia:

- “Conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno”. El objeto de intervención ya no es el niño, también es el entorno familiar. El niño construye su desarrollo en su ámbito natural, a través de la interacción con sus adultos de referencia. La unidad de análisis ya no es el niño, sino el sistema compuesto por el niño, la familia y el entorno con las interacciones múltiples entre estos elementos.
- “Dar respuesta lo más pronto posible”. La intervención debe producirse tan pronto como sean detectadas las necesidades, aprovechando la plasticidad del sistema nervioso en las primeras etapas del desarrollo. Esta afirmación tiene mucho sentido desde el punto de vista de la familia. En el momento que se detecta algún trastorno del desarrollo o riesgo de padecerlo, los padres atraviesan por estados emocionales de ansiedad y de crisis que pueden influir en la interacción afectiva y emocional con su hijo. Estos primeros momentos van a ser determinantes en el establecimiento de la relación. Los profesionales de la A.T deben intervenir con las familias lo antes posible, para favorecer el ajuste a la nueva situación, potenciando la flexibilidad del sistema familiar.

- “Los niños con trastornos en el desarrollo o riesgo de padecerlos.” Trastorno del desarrollo debe considerarse como la desviación del curso del desarrollo como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Estos pueden ser transitorios o permanentes. Los niños en situación de riesgo son aquellos que han estado en situaciones de origen biológico o social que han podido alterar su proceso madurativo. Intervenir desde el punto de vista social es imprescindible.

- “Debe considerar la globalidad del niño”. La tendencia actual es ir superando el modelo centrado exclusivamente en el niño/a. Considerar la globalidad del niño implica tener en cuenta todas sus necesidades biológicas, interpersonales y psicosociales y, por lo tanto, las necesidades de su entorno. Las necesidades interpersonales del niño se ven respondidas principalmente en el contexto familiar. Son los padres los primeros en reaccionar a las señales comunicativas del bebé, son los que otorgan significado a sus conductas, por lo tanto son clave en el proceso de A.T. Las propias necesidades de la familia, sus recursos y sus características van a determinar la dirección que tome el desarrollo del niño.

Actualmente se sabe que el proceso evolutivo de los bebés y los niños está tan influido por sus capacidades biológicas innatas como por la estimulación que reciben de las personas cercanas y del ambiente que los rodea. La capacidad de aprender, que conlleva el desarrollo propicio de todas las áreas cognitivas, así como la evolución social y el equilibrio emocional, se desarrollan en la interacción del niño con sus padres. Es en esta relación donde se generan los estímulos para que el bebé o el niño, puedan organizar su mente. Para el Dr. Brazelton (2005) lo que propicia el crecimiento de la mente, el cerebro y la capacidad para pensar y razonar es este diálogo temprano con claves emocionales y no los estímulos cognitivos. Ambos desarrollos, el emocional y el intelectual, dependen de unas relaciones ricas y profundas durante los primeros meses de vida y la investigación neurocientífica, continúa arrojando resultados que confirman ese proceso. Sin embargo, factores socioambientales pueden perjudicar este proceso: la pobreza, el aislamiento social, una mala alimentación o la deprivación sociocultural, acompañada de malos hábitos de crianza por parte de los padres, pueden perjudicar e incluso ocasionar daños irreversibles en el desarrollo madurativo del niño.

La infancia tiene una gran importancia en el proceso de maduración del individuo, puesto que en los tres primeros años de vida se desarrolla la mitad del potencial intelectual del ser humano, es decir, la capacidad y necesidad de desarrollo intelectual es mayor cuanto menor es la edad del niño y las posibilidades de recibir una atención adecuada van a determinar su futuro desarrollo. Un fracaso en estas etapas supone un factor determinante en la aparición del fracaso escolar (Gútiez, 2005).

El fomento de las actuaciones de carácter preventivo y la detección precoz de estos ambientes, constituyen una de las actuaciones principales en los casos de riesgo social. Proporcionar la formación necesaria a padres, cuidadores o educadores que trabajan con esta población de niños para que puedan prevenir y/o compensar situaciones de riesgo social, es fundamental para que problemáticas como fracaso escolar, trastornos neuromadurativos o maltrato infantil, no lleguen a producirse.

La complejidad que conlleva crecer en un ambiente de pobreza requiere de iniciativas donde se involucren las instituciones educativas, sociales y sanitarias, ya que el bienestar del niño va estar directamente relacionado con el bienestar de los padres y estos, a su vez, van a requerir de ayudas y apoyos sociales.

2.2.1 Principios básicos de la AT

Se plantean los siguientes principios básicos, esenciales para poder hablar de un modelo de atención de calidad para la primera infancia: (PADI, 1996; GAT, 2000; Gútiez, 2005; Agencia Europea 2005).

- Diálogo, integración y participación.
- Implica un modelo en el que participan y colaboran las partes implicadas: la familia, la sociedad y los profesionales.
- La colaboración con la familia es un fin indispensable en la AT, así como la participación social en el desarrollo de planes y programas dirigidos a los niños con trastornos del desarrollo.

- Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades y responsabilidad pública.
- Es necesario que la AT sea un servicio gratuito, público y al que pueda acceder cualquier familia que lo necesite independientemente de su condición social, económica y cultural. Se debe considerar la relevancia que tiene la presencia de una discapacidad o un trastorno del desarrollo en el riesgo de marginación social. En este sentido, la AT actúa para la prevención de esos riesgos facilitando la igualdad de oportunidades en los distintos contextos de la vida social.
- Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional.

Las intervenciones realizadas con los niños de 0 a 6 años de edad “son de una gran complejidad, del mismo modo que, para llevarlas a cabo, se requiere una alta cualificación para desarrollar su actividad con el adecuado rigor” (Gútiez, 2005:39).

El concepto e interdisciplinariedad debe ir más allá de la suma paralela de distintas disciplinas.

Coordinación entre las instituciones

El trabajo que desarrolla la AT es responsabilidad de todas las instituciones que atienden al niño en esa etapa, deben implicarse tanto servicios sanitarios, como servicios sociales y educativos. “Deben coordinarse y conseguir una utilización óptima de los recursos, tanto humanos como económicos, que posee cada una de las administraciones para responder a la necesidad de atención de estos niños” (Gútiez, 2005: 39).

Descentralización

El principio de descentralización se refiere a la organización de los servicios de forma que se puedan atender todas las necesidades que presente el ámbito donde el niño se desarrolla, evitando la separación injustificada de su núcleo familiar, escolar y social.

Este principio implica la inserción de la AT en las redes de atención primaria de salud y de servicios sociales y en las escuelas infantiles.

Sectorización

La sectorización hace referencia a la necesidad de limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda (GAT, 2000).

2.2.2 Población objeto de la AT

La AT se dirige a los niños de 0 a 6 años que presentan trastornos en el desarrollo (desde ahora TD) o un alto riesgo biopsicosocial de presentarlos, a sus familias y al entorno (GAT, 2000:12; AEDEE, 2005:86). El Libro Blanco de AT define estos términos (GAT, 2005:13):

- TD como la desviación significativa del curso del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social.
- Niños de riesgo biológico: aquellos niños que durante el período pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo.
- Niños de riesgo psicosocial: aquellos que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, para su desarrollo, que pueden alterar su proceso madurativo.

En las siguientes tablas N° 1, 2 y 3, se puede apreciar la población objeto de AT.:

Tabla N° 1: Destinatarios de la AT

	Tipo de trastorno	Características
	Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> - Peso < a 1500 grs o edad gestacional < a 32 SG. - APGAR < 3 al minuto o < 7 a los 5 minutos. - Ventilación mecánica + 24 horas. - Hiperbilirrubinemia. - Convulsiones. - Sepsis, meningitis o encefalitis. - Disfunción neurológica persistente. - Daño cerebral. - Malformaciones del SNC. - Neuro-metabolopatías. - Cromosomopatías y síndromes dismórficos. - Hijo de madre con patología mental y/o infecciones y/o drogas que puedan afectar al feto. - Hermano con patología o riesgo neurológico. - Sospecha del pediatra.
Niños de 0 – 6 años recién nacidos de riesgo biológico.	Sensorial	<ul style="list-style-type: none"> - Visual. - Auditivo.

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco de AT (2005).

Tabla N°2: Destinatarios de la AT

	Características
	<ul style="list-style-type: none"> - Acusada deprivación económica. - Embarazo accidental traumatizante. - Convivencia conflictiva en el núcleo familiar. - Separación traumatizante en el núcleo familiar. - Padres con bajo CI / Entorno no estimulante. - Enfermedades graves / Exitus Letalis. - Alcoholismo, drogadicción. - Prostitución. - Delincuencia, encarcelamiento. - Madres adolescentes. - Sospecha de malos tratos. - Niños acogidos en hogares infantiles. - Familias que no cumplimentan los controles de salud.

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco de AT (2005).

Tabla N°3: Destinatarios de la AT

Niños de 0 – 6 años con trastornos y alteraciones del desarrollo.	Alteraciones	Características
	Motriz	Trastornos motrices de origen central y disfunciones menores.
	Cognitivo	Funcionamiento intelectual y procesamiento cognitivo.
	Del lenguaje	Comunicación, comprensión y expresión del Lenguaje
	Sensorial	Visual o auditiva.
	Alteraciones graves del desarrollo	Espectro autista, S. Asperger, S. Rett, S. Desintegrativo Infantil, psicosis.
	De la conducta	Conductas inapropiadas y perturbadoras.
	Emocionales	Ansiedad, angustia, inhibición.
	Somáticos	Alteraciones del sueño, de alimentación, respiratorios, control de esfínteres.
	Retraso evolutivo	Como diagnóstico provisional que puede ser debido a distintas causas

Fuente: Elaboración propia a partir del Libro Blanco de AT (2005)

2.2.3 Interdisciplinariedad en AT.

En el Encuentro Nacional de Profesionales de la Estimulación Temprana que se celebra en 1991 en Ávila (España) se aborda y analiza el modelo de trabajo en equipo. Se manifiesta que en muchos centros funcionan equipos con modelos de otros países, no fundamentados ni contextualizados; también, que no están claras las funciones de los distintos profesionales y que no se contempla la temática de las actitudes de trabajo en equipo. Se definen, en este contexto, distintos modelos de trabajo en equipo:

- Modelo unidisciplinar, en el que un profesional, desde una sola disciplina, atiende al niño. En los centros se empieza a valorar la figura del monoterapeuta como referente principal del niño y de la familia. Esta alternativa reduciría costes al limitar la entrada de otros tratamientos y centralizarlos en un solo profesional, pero es una respuesta insuficiente ante los trastornos infantiles que son, en su mayoría, multifactoriales, multidimensionales y requieren de una respuesta más global y diversa.
- Modelo multidisciplinar, en el que distintos profesionales trabajan, de forma

independiente, atendiendo y evaluando al niño, cada uno desde su propio ámbito de actuación, empleando metodologías y técnicas propias de su disciplina.

Evidentemente, es un modelo más enriquecido que el unidisciplinar, pero que entraña serios riesgos de aplicar tratamientos y orientaciones incompatibles, solapados, fragmentados y/o faltos de coherencia. Es un modelo, que hoy en día, aún está muy extendido.

- Modelo interdisciplinar, en el que el peso de los distintos profesionales que intervienen con el niño y con la familia en su entorno, se encuentra ponderado, cumpliendo cada uno una función dentro de los objetivos y ejecutando, cada uno, su parte del programa. Cuentan con un sistema de coordinación y un respeto hacia las aportaciones de los demás, pero los profesionales funcionan de forma independiente, dentro o fuera de su disciplina.
- Modelo transdisciplinar, en el que existe un permanente intercambio de información y conocimiento y de habilidades, tanto en la evaluación como en la intervención.

Cuenta con un plan de servicios y de intervención consensuado, lo que impide la fragmentación y las contradicciones en las intervenciones de distintos profesionales.

Los padres se implican activamente en el equipo y el programa, asesorados por un profesional.

2.2.4 Bases que justifican la interdisciplinariedad en AT.

La AT se fundamenta y bebe de las aportaciones de disciplinas como la neurología evolutiva, la psicología evolutiva y la pedagogía.

El conocimiento del desarrollo infantil actual viene dado por la evolución en los estudios e investigaciones de distintas disciplinas, que difieren en su formación y grado de especialización del desarrollo normal y alterado, en el conocimiento y experiencia de la dinámica familiar, en su modo y ámbitos de intervención y en su experiencia en trabajo en equipo, entre otros.

Veamos cuáles son las principales aportaciones de estas disciplinas para la AT:

Aportaciones de la neurología evolutiva

La neurología evolutiva viene a explicar que las manifestaciones funcionales son fruto de la organización previa de las mismas (Campos Castelló, 2005). Muchos trastornos tienen origen perinatal y es, desde este conocimiento, desde donde se han dado los primeros pasos en programas de detección y rehabilitación del déficit del desarrollo reconociendo las bases neurofisiológicas de los aprendizajes (Luria, 1980).

Conceptos como maduración o plasticidad cerebral, tan utilizados en el ámbito educativo para tratar de maximizar los aprendizajes, provienen de esta disciplina.

La aportación de la neurología evolutiva permite realizar diagnósticos desde edades tempranas, en base a patrones evolutivos motores considerados dentro de la normalidad, a la observación de reflejos y de automatismos, a su etiología y función. Los signos neurológicos secundarios son un ejemplo de signos de alerta que los profesionales de AT debieran conocer para saber derivar e intervenir precozmente.

Plasticidad cerebral

Campos Soller (2005) manifiesta la importancia de la genética, en un primer momento, y la importancia del aprendizaje, en un segundo momento. Considera la etapa entre el 7º mes de gestación y los dos primeros años de vida, como el período de mayor multiplicación neural y glial, es decir, el período más sensible para desarrollar capacidades de aprendizaje y adaptativas del niño a un medio cada vez más diversificado. Estos estudios derivan en la posibilidad de neuroimagen que abre la magnetoencefalografía.

La neurología nos presenta la plasticidad cerebral, en los primeros años, como la capacidad para responder a estímulos ambientales y para adaptarse a distintas funciones, reconociendo el papel de la nutrición y de las experiencias emocionales (Saavedra, 2001). Nos aporta, también, un conocimiento sobre las posibilidades que tiene un

sistema nervioso parcialmente lesionado en una zona para recrear unas condiciones susceptibles de paliar o reemplazar las funciones perdidas (Villa Elizaga, 1991).

Maduración del sistema nervioso central (SNC)

Decimos que las reacciones a estímulos dependen de la maduración del SNC. El aprendizaje y las experiencias ambientales hacen madurar el SNC, perfeccionando funciones en cada etapa del desarrollo, de modo que toda interferencia (como un trastorno sensorial) en el proceso madurativo se traducirá en una discapacidad o maduropatía con referencia a su evolutiva normal (Valle, 1989; Villa, 1991).

2.2.5 Niveles y ámbitos de actuación de la AT

La AT va más allá de la rehabilitación; es, al mismo tiempo, atención médica, psicológica, educativa y apoyo a las familias en unas circunstancias especialmente críticas como es la aceptación de una enfermedad, retraso en el desarrollo o la discapacidad de un hijo.

La AT debe abordarse desde los ámbitos de la salud, la educación y los servicios sociales. Desde estas áreas se detectan y tratan las situaciones especiales de los niños, a través de diferentes mecanismos y fórmulas de apoyo y estimulación, con el fin de favorecer su máximo desarrollo y compensar, en la medida de lo posible, las alteraciones o deficiencias que ya presenta o que podría llegar a padecer.

En Europa, según el Informe de la Agencia Europea para el Desarrollo de la Educación Especial (AEDEE), la AT refiere, esencialmente, al derecho del niño y de su familia a recibir el apoyo que puedan necesitar, implicando al ámbito de la salud, de la educación y de las ciencias sociales. El niño puede ser atendido en su casa o en la escuela, sin desconsiderar la importancia de la precocidad en la intervención y la evaluación, elementos comunes en todos los países. Se tiende a que el niño permanezca dentro de su medio el mayor tiempo posible, evitando la institucionalización. Los padres colaboran o trabajan en su casa pero, también, se destaca la importancia del acceso a la escolarización y la necesidad de apoyar no solo al niño sino también a los

docentes, favoreciendo el intercambio de información (AEDEE, 2005).

Aunque los equipos de intervención temprana varían de un país a otro, presentan un modo de funcionamiento y profesionales similares, cubriendo el ámbito médico, social y, cada vez más, el educativo (AEDEE, 2000). En los distintos países de la Unión Europea (en adelante, UE) la gran variedad de ofertas y servicios disponibles para las familias, normalmente descentralizados, apunta a la necesidad de establecer una adecuada coordinación de servicios y recursos para asegurar la calidad de estos (AEDEE, 2005).

El trabajo en equipo es uno de los pilares de la intervención temprana en Europa. La coordinación y el reparto de tareas destacan como funciones que se llevan a cabo de manera sistemática (AEDEE, 2000).

2.2.6 Niveles de prevención

En el organigrama actual de la administración pública los ámbitos competentes en materia de AT son: Sanidad, Servicios Sociales y Educación (Libro Blanco, 2000), involucrados en la prevención primaria, secundaria y terciaria.

Desde cada uno de estos ámbitos se establecen 3 niveles de prevención, a nivel mundial (OMS, 1980), a saber:

Prevención Primaria: Tiene como objetivo evitar las condiciones o factores biopsicosociales que pudieran estar relacionados con la aparición de dificultades en el desarrollo infantil. Se actúa antes de que se produzca la enfermedad, sobre sujetos de alto riesgo a los que aún no les ha sido diagnosticado ningún déficit. Los programas de sensibilización, de promoción de la salud, el consejo genético, el control del embarazo, los planes de vacunación y de prevención de accidentes infantiles, son algunos ejemplos de acciones correspondientes a este primer nivel de prevención.

Prevención Secundaria: En este segundo nivel de prevención se trata de evitar que la persona entre en contacto con los efectos de su situación de riesgo o que, ante la

probabilidad de la aparición de una enfermedad, se pueda actuar para evitarla o para paliar sus efectos. Se actúa a través de programas dirigidos a colectivos de riesgo, por ejemplo, prematuros de menos de 1500 grs. (SEN 1500), embarazadas menores de 18 años o de más de 35 y la detección precoz de hipoacusias, entre otros.

Prevención Terciaria: Está dirigida a reducir, al máximo, los efectos de una deficiencia ya diagnosticada o manifiesta, a través de programas educativos interdisciplinarios.

2.2.7 *¿Dónde se realiza la AT?*

En el caso de España, los centros de AT pueden encontrarse en:

- Ámbito sanitario: Unidades de AT y en algunos Servicios de Rehabilitación.
- Centros de AT de la Consejería de Bienestar Social (Centro de atención para el desarrollo y asociaciones).

Independientemente que un niño reciba atención en el ámbito sanitario (unidades de seguimiento de neonatología y/o neuropediatría o servicios de rehabilitación), si se considera que pudiera ser subsidiario de recibir servicios de AT o de recuperación funcional en centros dependientes de la Consejería de Bienestar Social, el procedimiento de derivación tiene que realizarse a través de los centros de atención para el desarrollo de la provincia correspondiente a la localidad donde reside el niño y su familia.

2.3 Evolución de la AT en España

En la actualidad, quedan pocas dudas, acerca de la validez de la AT (Pérez López y Brito, 2004). No obstante, la forma de entender lo que supone este campo de trabajo ha tenido sus variaciones a lo largo de los años. El origen de los planteamientos hay que situarlos a mediados de los años 60 del siglo pasado, en los que se concebía la AT como un mero ejercicio rehabilitador, situándose la mejora, casi exclusivamente, en el desarrollo intelectual-cognitivo del niño.

Siguiendo a la profesora Pilar Gútez (2005), encontramos que la AT surge con el nombre de estimulación precoz (en adelante EP), en España en los años 70, con la emergencia de asociaciones de padres de niños con discapacidad psíquica. Estas asociaciones impulsan la puesta en marcha de programas sociales y educativos para dar respuesta a las discapacidades que presentan sus hijos, abriéndose posteriormente a otro tipo de discapacidades –no solo psíquicas- y a una mayor diferenciación, como parálisis cerebrales y autistas, entre otros. (Ibáñez López, 2002).

Adoptan un enfoque clínico-rehabilitador en la atención terapéutica de niños mayores de 6 años, en edad escolar y con diagnóstico, pero no sobre situaciones de riesgo y se orientaban a potenciar áreas del desarrollo deficitarias. Requerían profesionales que pudieran proporcionar una atención integral al niño y a su familia.

Se detecta una heterogeneidad en cuanto a pautas de tratamiento, recursos materiales escasos y procedimientos de intercambio o de contraste científico-técnico inexistentes (Gútez, 2005).

Las primeras iniciativas organizadas sobre EP, de alcance colectivo, se deben a Carmen Gyarre, quien organiza distintos cursos significativos en el origen de la AT (1973) y a Lydia Coriat quien, a comienzos de la década de los 60, concibe ya lo que llama estimulación temprana como un método interdisciplinar en el que la familia participaba.

García Etchegoyen, pionera en la educación de niños con déficit múltiple, pone en marcha un programa de EP para niños de alto riesgo en 1966 y, en 1975, imparte un

curso en el Hospital Clínico de Madrid, del cual surge el primer equipo asistencial de EP para niños con minusvalías o con alto riesgo (Casado, 2003; Gútiez, 2005).

En 1973, tuvo lugar en Madrid un curso de EP para niños de 0 a 5 años, en el que intervienen profesionales de distintos hospitales. Se empieza a ver la necesidad de sistematizar la intervención desde los 0 a los 6 años, con el fin de coordinar el sistema sanitario con el educativo (XI Reunión Anual de Pediatría, 1974).

Veinte años después se dan los primeros grandes avances que radican en el hecho de considerar aspectos que van más allá del propio niño. Traen consigo la idea de que se debería tener en cuenta al sujeto en su globalidad, es decir, no solo al niño, sino también al entorno en el que este se desarrolla y las interacciones que el sujeto mantiene con él. Esto permitió incorporar algunos términos en la AT que hoy resultan comunes, como los son las palabras “contexto” o también “prevención”.

El concepto de AT ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas, pasando de un modelo tradicional, imperante en la década de los 70-80, hasta el modelo actual, basado en una concepción biopsicosocial.

Desde finales de los años setenta, y con mayor implantación en la década de los ochenta, proliferan en España distintas experiencias que tratan de dar respuesta al principio de pronta actuación ante la presencia de la deficiencia. Se quería dar respuesta, mediante una intervención inmediata, al diagnóstico y la detección precoz de anomalías en la primera infancia.

Por la década de los 80, con más entusiasmo que medios, se forjaba lo que con la dedicación de muchos y buenos profesionales acabarían llamándose "centros o servicios de estimulación precoz", donde la intervención era fundamentalmente dirigida al niño. Estaba basado en el entrenamiento sensoriomotor y utilizaba criterios conductuales para enseñar, al niño, habilidades concretas. El objetivo era potenciar al máximo las capacidades del niño y para ello se ponía en marcha actividades sistemáticas que pretendían mejorar los niveles madurativos en las distintas áreas.

Las familias, en este modelo, tenían el papel de ejecutar las pautas que ofrecía el profesional y realizar series de ejercicios para lograr las distintas habilidades.

El año 1982 se crea el "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad" y, en España, la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI). En ambos se hace mención a la prevención y a la necesidad de una pronta actuación ante la aparición de las deficiencias, pero en ninguno de ellos se encuentra una mención expresa a la estimulación precoz y, menos aún, a la AT. Esto no quiere decir que, leyendo entre sus líneas, se deje ver, en el espíritu de ambos, la necesidad de crear y fomentar la aparición de centros y servicios que dieran respuesta a la necesidad de detectar, diagnosticar e intervenir de forma rápida, precoz o temprana.

Según lo investigado por Grande, P. en su tesis doctoral (2010:19), la AT, en los últimos 25 años, ha ido cambiando de orientación en cuanto a objetivos, procedimientos y ámbitos de intervención. Se ha ido consolidando como punto de referencia en la atención de necesidades de la infancia con TD (trastornos en el desarrollo) y, también, en la reorganización familiar y coordinación de trabajos y recursos que permiten satisfacer dichas necesidades de forma coherente (Ponte, 2003).

Se produce un cambio de enfoque en la respuesta educativa a las necesidades del niño con déficits en su desarrollo, pasando, desde lo meramente asistencial, a ser considerado el carácter preventivo y educativo de la AT, de modo que se contemplan, a nivel administrativo, los apoyos de las escuelas infantiles a los niños con necesidades especiales y los equipos de AT, como apoyo externo a las mismas. La AT, complementaria y necesaria, es susceptible de ser subvencionada (Gútiérrez, 2005; Rivas Borrell, 2004).

Los centros de AT se han ido adecuando a las necesidades y demandas crecientes de atención de la población infantil y sus familias, en un proceso impulsado por una progresiva mejora en la detección y diagnóstico de los distintos TD y por el reconocimiento de su origen multifactorial.

De forma paralela actúan otros servicios e instituciones desde el ámbito sanitario, social y educativo (unidades de seguimiento madurativo, servicios de rehabilitación infantil, centros base y equipos de AT, entre otros).

Las asociaciones de padres, hoy en día, se encuentran coordinadas desde federaciones regionales y desde la Confederación Española de Federaciones y Asociaciones Pro Personas Deficientes Mentales (FEAPS y FEAFES). El Grupo de Estudios Neonatológicos y de Servicios de Intervención (GENYSI), junto con la Federación de Profesionales de AT (GAT), han promovido una dinámica de investigación, formación y divulgación de buenas prácticas profesionales que constituye un punto de referencia de reconocido prestigio en el sector. El Comité Español Representante del Minusválido (CERMI), como plataforma estatal que aglutina asociaciones para los discapacitados, incorpora la AT en sus planes de acción sectoriales dentro de la atención educativa y de salud para personas con discapacidad o más bien dicho con “diversidad funcional”. Este término, que se ha implantado en España a partir del año 2005, surge de las propias personas con diversidad funcional (discapacidad) que reivindican su plena inclusión en la vida social, en la igualdad de derechos y oportunidad que las personas sin discapacidad (Villa Fernández, 2008).

Los comienzos para la AT, no fueron nada fáciles. No es hasta que comienzan a aparecer las leyes de servicios sociales de las distintas Comunidades Autónomas cuando se encuentran referencias expresas a los centros o servicios de AT (casi siempre mencionados como de "estimulación precoz"), dentro de los equipamientos destinados a la atención de personas con discapacidad (citadas, principalmente, como "minusválidos"). Sin embargo, en ninguna de ellas se encontraba una definición que encuadrara cuál era su ámbito de actuación, con qué medios debía contar y cuál era objetivo de este equipamiento especializado.

La sequía legal seguía imperando, al tiempo que se multiplicaba el número de recursos para la atención de la población menor de 6 años con deficiencia, con la pretensión de eliminar o paliar los efectos que podría producir ésta.

Será el Ministerio de Educación y Ciencia quien, a partir del año 1986, mediante convenios de colaboración con distintas Comunidades Autónomas ponga regla a un "programa de AT e integración en la educación infantil", mediante resoluciones. Es, en estas normas, donde se encontrarán las referencias a los equipos de AT, a su composición y sus atribuciones.

También en los Centros Base del, entonces, INSERSO, ya se venían dispensando tratamientos rehabilitadores a niños menores de 6 años, principalmente en forma de fisioterapia, logopedia y psicomotricidad. También eran ya muchas las asociaciones que habían puesto en marcha centros y servicios, que bajo distintos nombres y denominaciones, desarrollaban programas que eran el germen de lo que hoy se conoce, en España, como AT.

La primera Comunidad Autónoma que regula sobre la AT, en una norma con rango de decreto, es la catalana, en el año 1995, pero será la Comunidad de Galicia la que, en 1998, regule este tipo de prestación con un mayor detalle.

Ante tal situación de olvido, son los propios profesionales de la AT quienes toman cartas en el asunto y, de forma espontánea, comienzan a agruparse y debatir sobre lo que es y lo que no es AT. El más claro reflejo de esta iniciativa social y profesional es la aparición de asociaciones que agrupan a los distintos trabajadores de este campo y el comienzo de un fluido intercambio de información y documentación. Un foro privilegiado para dicho intercambio vienen siendo las Reuniones Interdisciplinares sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, organizadas por la asociación GENYSI, con el auspicio del Real Patronato sobre Discapacidad. Estos profesionales, pioneros de una nueva disciplina, sentaron las bases que han hecho llegar a lo que es hoy la AT en España. Su labor, ha permitido observar, evaluar y aprender, marcando la línea de actuación actual.

Pero de poco habría de valer el comunicarse e intercambiar experiencias e información si no se abordaba la regulación de este tipo de prestación. Bajo la denominación “Grupo de AT” (GAT) comienzan a reunirse en la sede del Real Patronato sobre Discapacidad en Madrid un, primero reducido y poco a poco más nutrido, grupo de profesionales con la intención de elaborar un documento de base para la regulación de la AT en toda España. Su tarea se ve culminada con la aparición, en forma de Libro Blanco, de un documento que en estos momentos es referencia no solo nacional sino internacional. Su publicación y difusión, en el año 2000, ha corrido a cargo del citado Real Patronato, siempre en estrecha colaboración con las distintas asociaciones, que tras las siglas GAT y con el nombre de Federación Estatal de

Asociaciones de Profesionales de AT, tratan de llamar a la conciencia de los estamentos responsables de la gestión administrativa.

Con la celebración, en 2003, del Año Europeo de las Personas con Discapacidad, y la prometida aparición de planes y leyes renovados sobre la discapacidad en España, de forma conjunta GENYSI y GAT, dan a conocer a medios públicos y responsables políticos un documento, con el nombre de "Posicionamiento ante la situación de la AT en España". Con él pretenden que la nueva ley proponga "actualizar y reordenar, de manera coherente, las políticas de prevención y, por otra, materializar el compromiso de la sociedad española con la infancia discapacitada y sus familias, desarrollando un capítulo diferenciado sobre prevención y AT en el que se establezcan los parámetros básicos de la prestación en el conjunto del Estado", acabando así con el vacío legal existente.

En el contexto Europeo, las políticas de apoyo a la familia han sido de un interés creciente en los últimos años, sobre todo hacia aquellas familias que tienen hijos con algún grado de discapacidad o alguna necesidad especial (Agencia Europea, 2005. El Plan de Acción de la Unión Europea sobre Discapacidad, 2006). Se reconoce la necesidad de tener en cuenta los problemas de los padres de niños con discapacidad que presentan dificultades para conciliar la vida laboral y familiar y hacerlo extensivo a servicios de calidad, con estructuras de ayuda a estas familias, para que se garantice una infancia rica y alegre a estos niños.

El grupo GENYSI dio lugar a los primeros estudios sobre el efecto de los programas sobre la dinámica familiar.

La familia es la estructura relacional primera y principal en la formación de la personalidad del niño (Martínez Otero 2005). Además, la participación de los padres es esencial en las actividades educativas en cuanto al desarrollo del niño, pues los lleva a asumir competencias importantes, para lo cual es necesario formarles previamente (Hanson, 1980). Por lo tanto, siempre que se apoye, asesore y forme a las familias, habrá una mayor implicación en el desarrollo de sus hijos.

El autor Egea García (2004) señala que, aunque los pasos que se van dando en este tema nos parezcan lentos y muchas veces escasos, España dispone, en primer lugar, de un muy buen documento de base para ubicar la AT en el marco de las prestaciones para las personas con discapacidad: el "Libro Blanco de la AT". Bien es cierto que ha sido elaborado por los profesionales, que aportan todo su conocimiento y experiencia en la materia, pero carece del rigor administrativo necesario. De ahí se deriva la necesidad de clarificación de la vinculación a uno de los tres sistemas de servicios que se ven implicados en la AT: sanitario, educativo y social. No se niega la necesaria implicación de todos y cada uno de ellos. Pero es evidente la necesidad de saber por cuál de ellos se opta a la hora de generar la inevitable "dependencia orgánica". Sobre este extremo no hay una postura clara, pero sí una evidencia dominante: actualmente es mayoritaria la dependencia de servicios sociales. El autor es de la opinión de que existe una disputa entre los distintos campos profesionales que intervienen en la aplicación práctica de la AT, él hace mención a una: "falta de engrase entre los profesionales sanitarios y los del resto de campos profesionales. Los primeros, posiblemente por su dilatada historia y por su prominente posición ante la sociedad, parecen no ver con gusto el compartir nivel y funciones con otros campos profesionales. Los segundos, llegados de pujantes campos con mucho futuro ante sí, tratan de no quedar situados como meros apéndices de profesiones un tanto encorsetadas. La necesidad de volver la mirada hacia los objetivos pretendidos, más allá de la inevitable y devastadora práctica diaria". Está claro que para dar pasos hacia adelante, en el campo de la AT, no debe existir supremacía entre los campos profesionales involucrados. Todos necesitan de los demás y, sin ellos, se perdería algo que se enuncia al final la definición que aparece en el libro Blanco de la AT: la "interdisciplinaridad y la transdisciplinariedad" necesaria para tratar eficazmente esta materia. Por otra parte, un gran acierto es considerar que la AT no tiene como sujeto exclusivo de su intervención al niño o niña, sino que ha de prolongarse hasta su familia y su entorno. Sin embargo, al día de hoy, para Egea García, esto es algo que aún está lejano de alcanzar. El autor señala que la pretensión es grande y, como tal, ha de tener un proceso de asimilación y articulación que no puede ver su fruto en un corto plazo. La escasa formación recibida por los actuales ejercientes sobre tal tema es lastre que habrá que liberar. Sobre el entorno, que habrá de incluir el medio físico y el social se puede decir lo mismo. La mayoría de los actuales trabajadores de la AT son grandes terapeutas. Para ello se han formado y en ello llevan ejerciendo, algunos de ellos,

mucho tiempo. Pero esa grandeza profesional no faculta para abordar campos sobre los que escasean la formación y la práctica. Por otra parte, también señala la escasez de los recursos que se dedican a esta prestación, sobre la necesidad de inversión en prevención: “por cada euro invertido en prevención no se puede estar ahorrando diez en atención y rehabilitación, sin contar los beneficios sociales que conlleva la actividad preventiva. Pues si la AT también es parte de la prevención, dicha afirmación le es aplicable”. Finalmente, señala que la AT necesita una regulación legal que abarque toda España, dejando de lado las diferencias de origen geográfico, en la que se regule el cómo, el quién y el con qué, siempre reconociéndola como un derecho para todo el que lo precise.

Para Perpiñán (2009:21), el modelo actual de AT en España otorga un papel fundamental a la interacción. Consiste en un conjunto de acciones que tienen por objeto mejorar la relación del niño con su entorno. Esto hace que se considere la interacción como una unidad básica de análisis en el ámbito de la intervención familiar. Si esta interacción se realiza de forma apropiada, se va estableciendo entre ambos una dinámica de adaptación mutua y un reajuste continuo que ayuda a la construcción del desarrollo del niño.

Existen una serie de puntos en común que inciden en los actuales modelos de AT (Candel, 2003), a saber:

- Se considera al niño como un aprendiz activo implicado en sus procesos de aprendizaje. Observa y percibe los estímulos de su entorno y construye estrategias de acción que, posteriormente, valida a través de la experiencia y pone en práctica estrategias aprendidas en situaciones nuevas haciendo posible la generalización de sus aprendizajes.
- El aprendizaje se produce, sobre todo, en el contexto natural. Las situaciones cotidianas ofrecen, al niño, múltiples oportunidades de construir aprendizajes, de ahí la importancia que el entorno próximo sea adecuado y estimulante.
- Las actividades deben ser funcionales y motivadoras, insertas en sus rutinas diarias,

de modo que faciliten el aprendizaje significativo. Se trata de evitar los listados de ejercicios que deben repetirse cierto número de veces y lo sustituimos por incluir acciones acordes con el nivel del niño y que formen parte de su zona de desarrollo próximo, dentro de las tareas cotidianas propias de la vida del niño: en el juego, el baño, la comida y los paseos, entre otros; y que respondan a su interés.

- El vínculo afectivo se constituye en auténtico motor del desarrollo. El niño está fuertemente motivado por mantener la proximidad y el contacto físico con sus figuras de apego, busca activamente, los intercambios comunicativos. Por lo tanto, resulta muy importante que la interacción entre el niño y los adultos con los que se relaciona sea gratificante en ambos sentidos. Se produce una reciprocidad en las relaciones familia-niño, influyéndose mutuamente. La evolución del niño permite avanzar en el ajuste de la expectativa de la familia y, a su vez, dichas expectativas van a marcar, significativamente, el desarrollo del niño.
- Familia considerada como un todo. La A.T no va a ir dirigida solo al niño, sino a la familia, dado que el niño es una parte muy importante de dicho sistema.

El diseño de los actuales programas de AT reconoce tiempos de interacción con el niño y la coordinación entre los profesionales del equipo pero, en poco casos, se contempla tiempo suficiente de dedicación a la familia que haga posible el logro de esta implicación familiar. Perpiñán (2009) sostiene que el debate entre padres y profesionales debe producirse en condiciones óptimas y, para ello, es necesario contar con tiempos dedicados específicamente a la intervención familiar.

Dicha autora señala que el modelo centrado en la familia es el que actualmente se pretende lograr en España. Muchos servicios de AT ofrecen, ya, una intervención familiar de calidad basada en este modelo, otros están enfocados al modelo de entrenamiento a padres, favoreciendo poco a poco una mayor participación de las familias. No obstante, surgen muchas dificultades relacionadas no solo con la definición de los recursos o los tiempos disponibles, sino también con las propias actitudes de los profesionales. La instauración de este modelo implica una formación específica, pero también un cambio en el esquema tradicional de concebir el asesoramiento y la

intervención familiar.

2.4 AT en Chile: su evolución

2.4.1 Inicios de la estimulación temprana en Chile/América Latina

La realidad de los países latinoamericanos, de la cual no se exenta Chile, son las desigualdades que se reflejan en la estructura social, donde la diferencia entre el ingreso per cápita de sus habitantes es realmente abismal, impidiendo la movilidad social de los estratos más pobres.

Los fundamentos y orígenes de los programas de AT en Chile surgen por motivo del año Internacional del Niño, en el que se llevó a cabo, en Santiago de Chile en diciembre de 1979, un simposio regional sobre la pobreza crítica en la niñez, bajo el auspicio de UNICEF y la CEPAL (Comisión Económica para América Latina). Ambos organismos de Naciones Unidas, quisieron dar un nuevo impulso a la creciente conciencia de los gobiernos de América Latina sobre la necesidad de incorporar al niño, en sus edades tempranas, en la formulación de los planes y políticas públicas.

Economistas, educadores, especialistas en nutrición, representantes de la salud pública, salud mental y otras ciencias, participantes del simposio, coincidieron al señalar que “mientras mayor sea la voluntad de los países en asignar recursos para el desarrollo integral de la niñez, más alta es la probabilidad de ese país de quebrar el círculo vicioso de la pobreza y del estancamiento económico”.

Hasta fines de la década de los '70 las intervenciones a la infancia temprana eran iniciadas desde el sector salud, principalmente para atacar el problema de la desnutrición y malnutrición de los niños de entre 0 y 2 años. Luego, en la década de los '80 se va dando a conocer, con más fuerza, la evidencia empírica de que los primeros años de vida son críticos en la formación de la inteligencia, la personalidad y la conducta social y que los efectos de la deprivación temprana son acumulativos. Las investigaciones de la época aportan evidencias en el sentido que los programas de

intervención temprana pueden hacer una diferencia. Es así como comienzan a surgir programas orientados, directamente, a los niños en edad pre-escolar, a educar a las personas que los cuidan (en especial a la madre) y/o a promover la participación y el desarrollo comunitario.

Los programas de estimulación temprana surgen, inicialmente, como acciones de prevención secundaria compensatoria a las secuelas dejadas por algún daño orgánico cerebral, sea congénito o adquirido. Sin embargo, ya en la década de los '70, se comienzan a diseñar, en Chile, los primeros programas de estimulación temprana con un enfoque psicosocial, es decir, orientado a niños de riesgo ambiental que, por nacer en situación de pobreza, se ponía en riesgo su potencial desarrollo psicomotor.

Un programa que sirvió de inspiración fue el modelo del programa de Estados Unidos llamado “Head Start” orientado a niños desfavorecidos y cuyo objetivo básico radicaba en prevenir el retardo mental socio-cultural. Creado en 1965, este proyecto que cuenta con financiamiento federal, es actualmente el mayor prestador de servicios educacionales en los Estados Unidos para niños pequeños que viven en situación de extrema pobreza, con alrededor de 900.000 niños de entre tres y cuatro años, matriculados en el período 2005-2006.

En sus comienzos, los objetivos del programa fueron lograr que los niños de menores recursos alcanzaran el nivel de los niños más favorecidos al momento de ingresar a la escuela. Debido a que los creadores de Head Start encontraron que los niños pequeños que viven en situación de pobreza necesitan muchas otras cosas, además de acceso a la educación preescolar para estar en condiciones de ingresar a la escuela primaria, el programa se diseñó con un enfoque integral. Por lo tanto, Head Start ofrece una combinación de servicios de salud, nutrición, sociales y educacionales, a niños de bajos ingresos de entre tres y cinco años y a sus familias. Más específicamente, estos servicios incluyen educación temprana, chequeos médicos, una buena y adecuada alimentación y capacitación a los padres.

En un estudio comparativo de participantes en el Head Start con sus hermanos que no accedieron a estos servicios, los beneficios a largo plazo informados fueron: mayor

índice de finalización de la secundaria e ingreso a educación superior, en los participantes de grupos étnicos blancos; y reducción de delincuencia y condenas por actos delictivos, en los participantes afroamericanos. En otro estudio reciente, pero a pequeña escala, los investigadores observaron resultados positivos en la salud y el nivel cognitivo de los niños, así como beneficios en la salud de los padres y la conducta social. Diversas evaluaciones recientes analizan los efectos del Early Head Start, programa orientado a niños desde su nacimiento hasta los tres años de edad. Los efectos a corto plazo parecen ser muy positivos, puesto que los participantes logran puntajes significativamente más altos en diferentes pruebas cognitivas, exhiben conductas menos agresivas y un comportamiento menos negativo hacia los padres durante el juego, además de mostrar, a los tres años de edad, una mayor capacidad de atención en un objeto durante el juego. No obstante, aún se debe evaluar la prolongación de estos beneficios en el tiempo.

En el caso de Chile, el principal objetivo que tuvieron los que promovieron este tipo de programas de estimulación psicosocial, fue crear, en las autoridades de salud, la conciencia de que los programas infantiles tradicionales hasta ese momento, que contemplaban la prevención de enfermedades físicas, el fomento del crecimiento pondo-estatural y la nutrición, no se traducían, necesariamente, en un desarrollo psicomotor normal. Otro antecedente que animó al desarrollo de este tipo de programas, tanto en Chile como en América Latina, fue el hecho de que la educación pre-escolar (0-6 años), que sin duda es una potente vía para contrarrestar los efectos de la privación socio-cultural, tenía una cobertura que no sobrepasaba al 10% de la población entre 0-6 años (UNESCO 1977) y, en los países donde existía, no tenía el carácter obligatorio. Los niños más privilegiados, hasta ese entonces, eran aquellos que pertenecían a las clases media y alta.

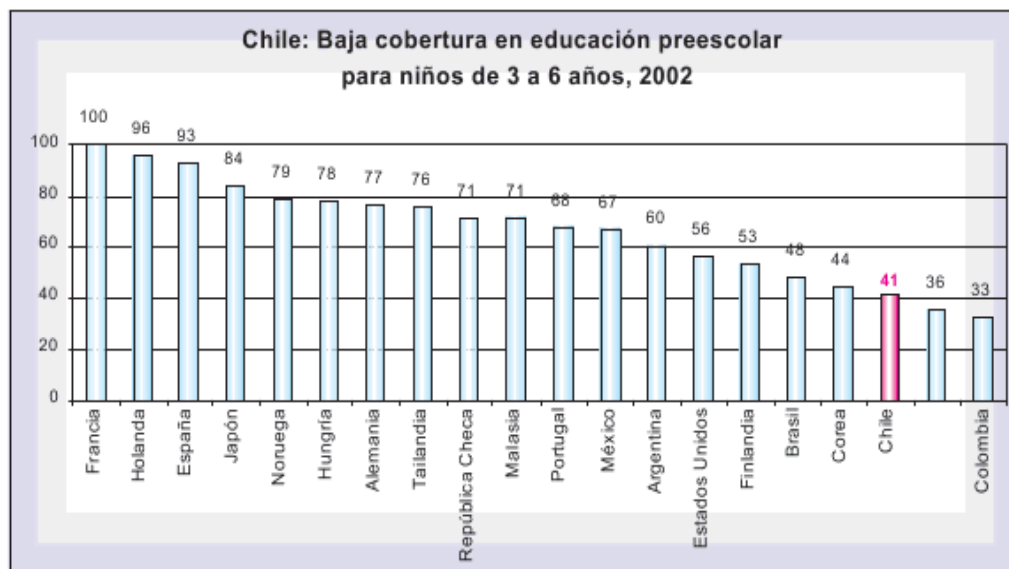
Esta realidad ha cambiado, hoy en día, en Chile. Si bien la educación hasta los 6 años no es obligatoria y las cifras de cobertura pre-escolar siguen siendo bajas, la cobertura, de acuerdo a la última encuesta CASEN² (2005) y la encuesta ELPI³ (2010),

² La encuesta de Caracterización Socioeconómico Nacional (Casen) es el principal instrumento de medición para el diseño y evaluación de la política social existente en Chile. Esta encuesta entrega información acerca de las condiciones socioeconómicas de los diferentes sectores sociales del país, sus carencias más importantes, la incidencia, magnitud y características de la pobreza, así como la distribución del ingreso de los hogares y la composición de sus ingresos.

ha evolucionado positivamente, llegando a atender al 44% de la población entre 0 y 5 años.

En las próximas tablas N° 4 y 5, se puede apreciar la evolución de la cobertura estos últimos años.

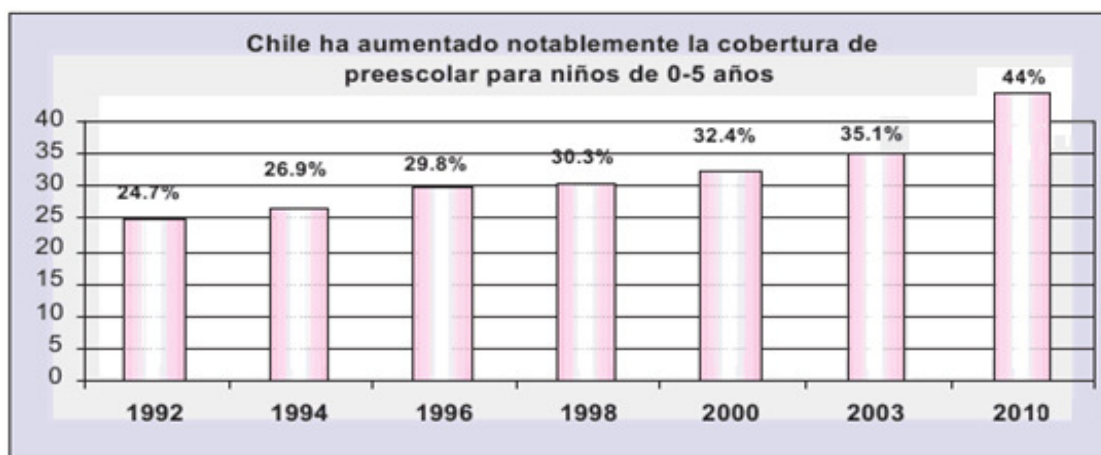
Tabla N° 4: Cobertura de educación preescolar



Fuente: UNESCO, 2002.

³ Encuesta Longitudinal de Primera Infancia realizada en el año 2010.

Tabla N° 5: Crecimiento cobertura educación preescolar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MIDEPLAN y ELPI 2010

La educación preescolar en Chile no es obligatoria y las familias deciden el tipo de cuidado al que acceden sus hijos e hijas antes de los 6 años. Una parte importante de las prestaciones son ofrecidas por instituciones del Estado o con financiamiento estatal: Junta Nacional de Jardines infantiles (JUNJI), Fundación Integra y establecimientos municipales con prekínder y kínder (4 a 6 años). Todas éstas cubren, fundamentalmente, a niños de sectores vulnerables. Los establecimientos particulares, por su parte, atienden a niños y niñas de hogares de mayores ingresos.

Lo anterior se complementa con la existencia de diversas modalidades comunitarias, semipresenciales o a distancia, para niños y niñas de territorios o localidades, con oferta de educación preescolar limitada o inexistente. No obstante, esta diversidad de oferta, la ausencia de políticas claras de financiamiento, acceso y regulación del sistema preescolar deriva en que su calidad es incierta y su cobertura aún es baja.

Los problemas fundamentales del sistema de educación preescolar se resumen en que éste no constituye, realmente, un sistema. La ausencia de institucionalidad y funciones claras, de estándares exigibles, de garantías de acceso y de mecanismos de financiamiento coordinados, dificulta la coordinación y priorización de los esfuerzos en este ámbito.

2.4.2 Primeros programas de estimulación temprana en Chile.

La gran mayoría de los programas comienzan en la década de los '70 y son de naturaleza experimental o piloto siendo, por ende, de muy baja cobertura. Se debe destacar el apoyo que siempre ha brindado la UNICEF.

En Chile destacó un programa en especial que nació en 1976, anclado al Ministerio de Salud y que tenía que ver con la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor del lactante. En él se pudo confirmar la hipótesis de que era posible incrementar el desarrollo psicosocial de lactantes de un nivel socioeconómico bajo, mediante un programa de estimulación sensorial de normas de crianza, llevado a cabo en el hogar por las propias madres. Éste ha sido el único programa que pasó de su etapa piloto a ser un programa nacional, después de haber sido evaluada su fase experimental, que se implementa hasta hoy en día. Este último consiste en la entrega, por parte de la enfermera del consultorio médico, de un set de 24 manuales, donde se entregan pautas de estimulación de los bebés, de entre 0 y 24 meses, principalmente en las áreas motoras y socioafectivas, que la madre puede desarrollar de un modo simple y cotidiano en su hogar.

El aporte de este trabajo radica, además de los resultados como tales, en mostrar que es posible desarrollar un programa de prevención primaria en salud mental, siguiendo los principios de psiquiatría comunitaria. Vale decir, utilizando al máximo los recursos que existen en la comunidad.

Dunst (1989) postula un modelo que lo denomina “fortalecimiento de la familia” y que el programa “Juguemos con nuestros hijos” (creado en el año 2006), sobre el cual se basa nuestra investigación, pretende conseguir a lo largo de su desarrollo. Este modelo parte de la base de tres condiciones claves:

- Asumir que los padres son competentes o tienen la capacidad de serlo. No todas las familias tienen el mismo tipo de capacidades, hay que descubrir los puntos fuertes de cada una, pero partiendo de la base que existen competencias de algún tipo. Esto permite apoyarse en los propios recursos de la familia, que primero hay que

descubrir, y, posteriormente, reforzar.

- Promover experiencias que posibiliten el desarrollo de comportamientos competentes. El papel del profesional va a ser sugerir e instigar a las familias a experimentar, a partir de sus propios recursos, nuevas estrategias y nuevos puntos de vista, mediante los cuales desarrollen sus propias capacidades y otras capacidades nuevas.
- Reconocer que, para sentirse fortalecido, el que busca ayuda debe atribuir el cambio de su comportamiento a sus propias acciones. Para que se produzcan cambios y los padres se sientan más capaces y mejoren su autoestima, es necesario que consideren que los cambios están producidos por ellos mismos, no por la intervención de agentes externos. Son sus comportamientos los que han hecho posible que se alcancen determinados logros. De esa forma se refuerza su competencia y puede iniciarse de nuevo el proceso.

En cuanto a las últimas políticas gubernamentales, la presidenta Bachelet decreta, en septiembre del año 2009, “implementar un sistema de protección a la infancia, destinado a igualar las oportunidades de desarrollo de los niños y niñas chilenos desde su gestación y hasta el fin del primer ciclo de enseñanza básica, independientemente de su origen social, la conformación de su hogar o cualquier otro factor potencial de inequidad” (MIDEPLAN, 2010). Es así como se crea “Chile Crece Contigo”; un programa de apoyo y protección integral a la familias y la primera infancia donde, fundamentalmente, se promueve una plataforma virtual de información- formación, en la que los padres pueden encontrar todo tipo de información desde el embarazo a los 6 primeros años de vida, incluyendo documentación, material didáctico, programas radiales, promoción de actividades y teléfonos de ayuda dirigidos a acompañar a las familias en la tarea de educar y criar a los hijos. Éste es un sistema de protección integral a la infancia que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar, integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizar apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor. Forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social (ley 20.379) y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al

ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Su objetivo principal es acompañar y hacer un seguimiento personalizado a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas, desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar en el primer nivel de transición o pre kínder (4 o 5 años de edad).

3. AT EN POBLACIONES DE RIESGO PSICOSOCIAL

3.1 AT y riesgo social

La AT se ocupa, tanto de los sujetos que presentan alguna deficiencia, como de aquellos que, si bien no la padecen, sí tienen un alto riesgo de desarrollarla en el futuro debido a ciertas circunstancias personales o ambientales que les rodean. La importante labor de prevención y mejora realizada en el sujeto y en su familia, que comienza en los primeros años de vida y que se extiende durante los primeros años de su infancia, es lo que se conoce como AT.

Aunque la sociedad ha avanzado en muchos aspectos en las últimas décadas, se da la paradoja de que las situaciones de riesgo social no han disminuido en la misma medida, sino que ha aumentado y, en cierto modo, han cambiado sus formas.

El riesgo social se ha relacionado, muchas veces, con situaciones de maltrato, abusos o abandonos; sin embargo, entornos no tan graves pueden provocar dificultades en el desarrollo y en el aprendizaje de los niños que también son necesarias de atender.

La sociedad precisa una atención especial en todo este tipo de situaciones de riesgo, previniendo y atenuando las consecuencias que pueden desencadenarse bajo dichas circunstancias.

Para dar respuesta a estas demandas, es necesario conocer las características del desarrollo de este tipo de niños y de sus familias e intervenir, en la medida de lo posible, para provocar mejoras.

Ya la resolución 37/52 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, del 3 de diciembre de 1982, aprueba el “Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad”. En él se establecen medidas sobre prevención, rehabilitación e igualdad de oportunidades y es, precisamente en el apartado sobre prevención, donde se pueden incluir las intervenciones referidas a sujetos de alto riesgo biológico y social.

Si bien es cierto que los programas de AT son básicos y clave en casos con alteraciones y minusvalías documentadas, no se puede olvidar que en niños con alto riesgo social (entendiendo por ello situaciones sociales negativas que pueden afectar igualmente su desarrollo) la detección precoz e intervención sobre los factores desencadenantes es fundamental para impedir que se produzcan deficiencias. La AT ejerce, pues, una labor importantísima de prevención de deficiencias y de retrasos en su desarrollo.

Una verdadera labor de prevención debe incluir acciones tanto sobre el niño como sobre su familia, ya que está en el contexto fundamental donde se desarrollará a lo largo de toda su vida. Estudios realizados por T. Berry Brazelton, Pediatra de la Universidad de Harvard, han demostrado que los ambientes familiares carentes de afecto comprometen significativamente el desarrollo de las capacidades cognitivas y emocionales durante la infancia. Por otra parte, la interacción emocional, el apoyo, el afecto y la calidez ayudan a la evolución adecuada del sistema nervioso central de los bebés y niños pequeños. Con lo anteriormente expuesto, Brazelton llega a comprender que las interacciones emocionales constituyen el cimiento no solo de la cognición, sino de la mayoría de las habilidades intelectuales posteriores, incluidas la creatividad y el pensamiento abstracto.

La AT, para poder llevar a cabo su cometido en la prevención y mejora de las deficiencias, ha de prever acciones también sobre la familia, considerando al sujeto en su globalidad, bajo un modelo sociopedagógico y ecológico (Bronfembrenner, 1979).

La convención sobre los derechos del niño, en su principio V, establece la obligación de que los niños física o mentalmente impedidos, o que sufran algún impedimento social, deben recibir un tratamiento y una educación adecuados a su caso

particular.

En la actualidad se asiste al desarrollo y mejora de la atención a personas que presentan algunas de estas características; sin embargo, la forma en que se realizan no siempre es suficiente para garantizarles un desarrollo armónico. Una de las principales causas es la tardía respuesta a las necesidades que presentan estos sujetos, pues las intervenciones no suelen realizarse en las primeras etapas de su desarrollo, sino que se aplican cuando los daños ya se han producido.

Los protocolos de detección de riesgo social no siempre se encuentran implantados en los hospitales, como los protocolos de riesgo biológico. Por ello, la detección es más difícil y subjetiva, ya que depende de la formación y sensibilidad del profesional que atiende al niño recién nacido o a la familia.

Las carencias por las que pasa un niño que crece en situación de riesgo social se ponen en evidencia durante la escolarización, cuando se denotan los primeros “fracasos” en cuanto a calificaciones, o capacidad de comprensión, o concentración para seguir una clase. En este período ya es mucho más difícil recuperar funciones cerebrales que, con una atención adecuada en etapas previas de desarrollo, no se hubieran perdido. Una labor de prevención en todos estos sujetos podría evitar la aparición de discapacidades y problemas educativos que, después, son muy difíciles de tratar y erradicar.

3.2 Detección del riesgo social

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo de trastornos en el individuo.

Entre los factores de riesgo social se encuentran:

3.2.1 Factores de riesgo

Socioculturales del entorno familiar

- Analfabetismo
- Bajo nivel cultural
- Baja escolarización
- Situación de pobreza e indigencia

Familia: Composición y actitudes familiares

- Familias monoparentales
- Madres solas jefas de hogar
- Matrimonios con primer y segunda grado de consanguinidad
- Malos tratos
- Abandonos (privación de necesidades básicas)

Salud

- Casos de drogadicción en un familiar cercano
- Alcoholismo
- Partos a edad adolescente
- Malnutrición
- Enfermedades de transmisión sexual

Indicadores económicos laborales

- Cesantía y desempleo
- Ausencia, bajos o escasos ingresos económicos
- Mala administración del presupuesto familiar

Vivienda- comunidad- entorno

- Carencia de vivienda
- Vivienda en malas condiciones: ausencia de agua, luz, hacinamiento, insalubridad
- Zona marginal caracterizada por altos niveles de narcotráfico y prostitución callejera.

Se puede considerar que un sujeto se encuentra en situación de riesgo social cuando proviene de un contexto socioeconómico deprivado, se encuentra en situación de acogimiento, pertenece a familias disfuncionales y con historia de violencia o maltrato infantil, con progenitores con enfermedades crónicas, adicciones o falta de autonomía personal, que han sufrido gestación problemática, deficiente vinculación o falta de estimulación.

Según Bricker (1992) el niño en riesgo ambiental es aquel con altas probabilidades de que algún(os) factor(es) del medio social o físico, o ambos, interfieran la aparición de sus pautas normales de desarrollo. La mayoría de las veces estos niños provienen de hogares desintegrados o en que predomina el maltrato.

3.3 Crecer en un entorno de pobreza

La consecuencia de la marginación económica es la pobreza. Ser pobre significa tener muchas menos oportunidades de acceso a la educación, la higiene, la sanidad, la cultura y la participación política, entre otros. La pobreza acarrea la marginación social.

Pobreza es la circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de alimento, vivienda, vestido, educación y atención médica.

Para Álvarez, (2011:38) la pobreza es una fuente múltiple de exclusión social. En las zonas urbanas, a causa de la pobreza o el desempleo de los padres, ellos no realizan el suficiente seguimiento de sus niños y niñas al término de la jornada escolar, falta de apoyo diario que puede derivar en un comportamiento asocial.

La pobreza hace que el acceso a la cultura, al deporte y a las nuevas tecnologías, como internet, esté fuera del alcance financiero de estas personas.

En cuanto al bienestar general de los niños, tanto en el corto como en el lejano plazo, se reduce drásticamente al crecer en un entorno de pobreza (Duncan y Brooks-

Gunn, 1997). Los niños que viven en entornos de pobreza cuentan con menos recursos materiales y menos oportunidades para participar en actividades culturales y sociales.

La investigación demuestra que la pobreza mina la esperanza y la iniciativa de los niños y lleva a reducir las expectativas y ambiciones (Kempson, 1999).

“Quienes pasan su infancia en medio de la pobreza de ingresos y expectativas tienen una desventaja marcada y medible, ya sea en términos de desarrollo físico y mental, de las tasas de salud y supervivencia, de los logros educativos o de las perspectivas de empleo, de los ingresos o las expectativas de vida” (Informe UNICEF, 2000: 3).

La pobreza infantil es una amenaza para la calidad de vida de todos los ciudadanos, así como para los niños que crecen en la penuria, quienes tienen mayor probabilidad de sufrir dificultades de aprendizaje, deserción de los estudios, de cometer crímenes, de ser desempleados, de embarazarse a edades demasiado tempranas y de vivir vidas que perpetúan la pobreza y las desventajas para las generaciones futuras (OCDE, 2001).

Por otra parte, se considera generalmente que, entre otros problemas de desarrollo, los comportamientos violentos de los trastornos de conducta (trastornos de la personalidad antisocial) en el niño y en el adolescente, están a menudo en correlación con un contexto social y económico desfavorable. De ahí se deduce un origen traumático, asociado a la carencia de base económica: la miseria y sus consecuencias.

Estudios resumidos por Wilkinson (2005), han podido demostrar que el traumatismo no se encontraba donde se esperaba. La mayor incidencia de problemas psicológicos, sobre todo conductas violentas, ansiedad, depresión y otros varios problemas somáticos como el aumento de la mortalidad y esperanza de vida más corta, no estaban en relación directa con la pobreza y las carencias económicas y sociales de una población. Sin embargo, sí que lo estaban con el hecho de que estas poblaciones vivían en una sociedad faltada de cohesión, con grandes diferencias sociales que evidenciaban la diferencia de estatus entre sus miembros.

La comparación de su propio estatus con el estatus superior de otros se vería permanentemente como una humillación, un ataque a la dignidad, en resumen, una amenaza permanente contra la autoestima. Esta amenaza permanente contra la autoestima del medio familiar sería, pues, el factor de estrés crónico traumático (cuantificable incluso fisiológicamente) y, en cambio, no lo sería el nivel económico por sí mismo (Manzano, 2003).

La AT, en el caso de los niños en situación de riesgo ambiental, consiste en determinar si se pueden evitar factores psicosociales adversos que incidan en su desarrollo o bien minimizar sus efectos (Ministerio Asuntos Sociales, 1989, Colección Rehabilitación).

3.3.1 Experiencias de trabajo con padres de niños en situación de riesgo social a nivel internacional

A lo largo de la AT se ha constatado la eficacia que tienen los programas de intervención sobre los niños y sobre sus familias. Durante esta última década se ha confirmado su importancia para el desarrollo de variables como la interacción padres-hijo, las habilidades sociocomunicativas, la creación de un clima familiar favorable, más que para la adquisición de aprendizajes específicos por parte de los padres o los niños.

En el desarrollo y evolución de los niños con necesidades especiales la implicación familiar en el tratamiento es determinante y, mientras más temprana la intervención, la evolución será más favorable (Candel, 1993).

La razón de intervenir en ambientes empobrecidos se debe a que se ha constatado a nivel de Estados Unidos, Reino Unido y otros países, que los niños con menor rendimiento escolar e intelectual provienen de familias de bajo nivel socioeconómico (Ramey y Campbell, 1991).

Este fenómeno se atribuye a los ambientes con bajo nivel de estimulación, pero existen también otras causas que se anteceden, como complicaciones en el embarazo;

falta de recursos para cubrir las necesidades básicas como alimentación y vivienda digna; y el nivel educativo de los padres, que es un gran peso para predecir el rendimiento de los niños en la primera etapa escolar.

Investigaciones realizadas en Estados Unidos, desde la década de los '60, señalan que los diversos factores de riesgo ambiental favorecen la aparición de retrasos posteriores, aunque con un grado de pronosticabilidad menor que las deficiencias de origen orgánico (Gordon y Guinagh, 1980).

Por otra parte, la ausencia de síndromes físicos en el nacimiento hace difícil identificar, en una fase temprana, a los niños que se encuentran en situación de mayor riesgo y pueden beneficiarse en mayor medida de actuaciones preventivas.

Los programas que se han desarrollado comprueban su eficacia evaluando con pruebas que miden el Coeficiente Intelectual (CI), con todas las controversias que este tipo de pruebas trae en torno al papel que juega el factor genético y el ambiental en sus resultados.

A pesar de sus defectos, al parecer, las pruebas de inteligencia son la única medida de desarrollo común a todos los estudios de educación compensatoria y solo con ellas se pueden realizar comparaciones (Gray y Ruttle, 1980).

Una consecuencia muy interesante producto de los programas de AT, según Gibson y Harris a partir de investigaciones sobre AT en niños con Síndrome de Down, es la mejora en el manejo y la salud del niño así como estabilidad familiar y cuidado en el medio donde se desenvuelve el niño, lo cual es trasladable a cualquier realidad donde se aplique un programa de este tipo, ya sea en un contexto de riesgo biológico o socio ambiental.

Datos con que se disponen en la actualidad respecto a la interacción padres- hijos con Síndrome de Down desarrollados por Mc Collum y Hemmeter (1997) señalan que la intervención en la interacción de los padres con hijos discapacitados resulta eficaz en una doble dirección: en los cambios que se ven en los padres en relación al aumento en

la capacidad de respuesta, mayor expresividad afectiva; organización del medio físico, mayor vocalización y mayor contacto visual. Lo cual es favorable en el progreso de desarrollo del niño que presente cualquier tipo de discapacidad.

3.4 Influencia del ambiente en el desarrollo del niño

El ser humano se desarrolla en un entorno social, donde las experiencias tienen consecuencias en las vidas de las personas, especialmente en las primeras etapas de la vida. Los padres, con las emociones que expresan a su hijo y a los demás, y con el contenido y la secuencia de sus conductas, es como pueden influir en las capacidades que surgen en sus hijos en los distintos planos del comportamiento, cognitivo, lingüístico, social y emocional, a través de las interacciones que mantienen desde el comienzo de la vida.

Según Maccoby (2002), hoy en día ningún estudioso de la socialización afirma que los padres son la única influencia importante para el desarrollo de los hijos. Se sabe que existe una red de factores causales que afectan al crecimiento y desarrollo infantil. La crianza es solamente uno de ellos y no necesariamente el más importante. Los niños son influidos por su configuración genética, por el vecindario en el que viven, por las escuelas a las que van y por el tipo de iguales con los que se relacionan. Sin embargo, hay que reconocer que los padres están directamente implicados en la elección de esos ambientes extrafamiliares donde se mueven sus hijos.

Señalado por numerosos autores y las teorías ambientalistas, en muchos aspectos, el fundamento de la intervención temprana aparece muy ligado a la constatación de la importancia que tienen los primeros años de vida para los niños que se desarrollan en normalidad y del papel que desempeñan los factores ambientales en ese desarrollo.

Esos primeros años son tan especiales que los acontecimientos ambientales pueden modificar de forma sustancial la evolución del desarrollo del niño.

Los acontecimientos que ocurren en los primeros años, ejercen, sino efectos

irreversibles, sí, al menos, efectos que pueden tener una influencia desproporcionada en el desarrollo posterior (Ministerio Asuntos Sociales, 1989, Colección Rehabilitación)

El desarrollo del niño puede alterarse sustancialmente según la naturaleza del entorno físico y social durante los primeros años de vida (Sameroff y Chandler, 1975).

Al pensar en programas de AT, sobre todo para poblaciones de riesgo social, como es el caso del Programa “Juguemos con nuestros hijos” en Santiago de Chile, las bases se han situado sobre las siguientes teorías o paradigmas con mayor influencia:

Paradigma Primeras Experiencias

Se subraya la importancia de las primeras experiencias para lograr un desarrollo intelectual satisfactorio. Bloom postula ciertos “períodos críticos de aprendizaje” (Hunt, 1961 y Bloom, 1964).

Modelo de desarrollo Transaccional

Esta teoría destaca la interacción dinámica entre la biología del niño y el ambiente en el que vive. A medida que crece, el niño es influido por su propia biología, en interacción con valores sociales, actitudes, valores familiares y recursos económicos (Sameroff y Chandler, 1975). Según este modelo, la forma en que los niños interactúan con su ambiente, lleva a modificarlo y provocar respuestas en él. A su vez, este ambiente modificado, repercute de nuevo en el niño, afectando su desarrollo. La continua y progresiva interacción dinámica entre el niño y el ambiente hace que sea posible el desarrollo. Por tanto, la A.T debe incidir en ambos elementos, el niño y el entorno, evaluando esta influencia bidireccional y favoreciendo la incorporación de elementos que enriquezcan dicha relación.

Según la profesora Rosario Limón cada vez, los espacios educativos, en el marco de la educación permanente y del aprendizaje a lo largo de la vida, son más numerosos en la sociedad actual. En 1990, en la ciudad de Barcelona, se aprobó la Carta de Ciudades Educadoras, donde se plantean nuevos espacios educativos para la infancia (Limón, 2009:80).

El modelo transaccional y la teoría de los sistemas ecológicos de Bronfrebrenner (1979) han insistido en la importancia de las interacciones niño- medio ambiente, para modificar las estructuras internas, con el fin de conseguir mejores niveles de conductas adaptativas.

En cada fase del desarrollo se supone que la familia tiende a esforzarse por alcanzar el equilibrio y, si en alguna fase se produce una distorsión, las fases posteriores pueden verse afectadas negativamente. Por ejemplo, si se crea un apego inseguro entre un niño y su cuidador principal, el desarrollo de ese niño puede que sería peor de lo deseable.

De acuerdo con el modelo de Sameroff, cuantos más factores de riesgo se den, mayor es la probabilidad de que se establezcan procesos transaccionales negativos y, también, será mayor la incompetencia del niño o de la familia para autocorregirse.

Teoría Ecológica

El marco que en la actualidad se utiliza para formalizar la influencia del contexto en la psicología del desarrollo, es la teoría ecológica de Bronfrebrenner (Bronfrebrenner y Morris, 1998). Desde esta perspectiva, la familia es un microsistema interactivo que se encuentra inmerso en los sistemas más amplios formados por el mesosistema, el ecosistema y el macrosistema. A continuación se expone un breve contenido de cada uno de ellos:

- Microsistema: incluye todas las interacciones directas que el niño realiza en su vida cotidiana. Así, la escuela constituye un microsistema esencial orientado a fines educativos. Dentro del grupo de los iguales, algunos formarán el grupo más específico de los amigos, que constituye otro microsistema con sus propias reglas de funcionamiento, como también lo es la dinámica familiar interna con la existencia de, al menos, dos subsistemas: el de la pareja y el de los hijos.
- Mesosistema: está constituido por las interacciones entre microsistemas, por ejemplo, familia e iguales, familia y amigos, o familia y escuela. Es especialmente importante, desde la óptica de la familia en el marco de la teoría ecológica, porque

permite analizar y ponderar las influencias mutuas entre diversos subsistemas.

- Exosistema: está compuesto por un amplio grupo de interacciones que no se encuentran dentro del microsistema familiar pero que también forman parte de la vida cotidiana de los niños. Una interacción básica en el marco del exosistema es la que se produce con la familia extensa formada por los abuelos maternos y paternos, por los tíos y tías, por los primos y demás parientes de diverso grado. También son incluidas en el exosistema las interacciones con los grupos de relación social de la familia, como los amigos o las asociaciones culturales o deportivas, además de las interacciones con los servicios sanitarios y sociales con los que cada familia cuenta. Es importante considerar que el apoyo de la familia extensa es determinante cuando un sistema familiar tiene que responder a los acontecimientos habituales de la vida familiar, como el proceso de embarazo y nacimiento de los hijos. El apoyo de la familia extensa puede ser meramente afectivo como, también, puede ser sustitutivo, por ejemplo cuando los abuelos cuidan de los nietos.
- Macrosistema: incluye los rasgos definatorios de un sistema socio-cultural, es decir, su idioma, estructura socioeconómica, creencias religiosas, valores, actitudes y aptitudes aceptadas o rechazadas socialmente. Determinadas circunstancias históricas también forman parte del macrosistema particular de cada generación o época. Por ejemplo, las guerras civiles, la violencia terrorista, la globalización y la nueva sociedad de la información, entre otras. Todos estos hechos y circunstancias pueden influir en la interacción familiar de manera significativa.

Teoría de la modificabilidad cognitiva estructural

Defiende que, mediante una intervención sistemática y consistente, se pueden lograr cambios de naturaleza estructural que alteran el curso y la dirección del desarrollo cognitivo.

En concreto, la aproximación basada en la actividad, de Bricker y Cripe (1992) pone énfasis en la influencia del medio sociocultural a través de la interacción niño-adulto. Pero para que haya aprendizaje, tiene que darse una implicación activa por parte

del niño, por lo tanto, el aprendizaje mejora cuando se produce en situaciones funcionales y significativas.

Desde esta perspectiva, es básica la implicación de la familia en los programas de AT ya que, en situaciones naturales de la vida cotidiana es cuando los aprendizajes pueden resultar funcionales y significativos. Son los padres y/o los cuidadores básicos los que hacen que los aprendizajes sean funcionales, porque ayudan al niño a aplicarlo en distintos ámbitos y a implicarse ante situaciones concretas de la vida cotidiana.

En síntesis, estos modelos consideran que el desarrollo del niño está influido por una gama de factores, tanto intrínsecos al niño, como del entorno que le rodea. Algunos de esos factores ponen al niño en situación de riesgo para el desarrollo, mientras otros lo protegen. Estos factores forman círculos concéntricos en torno al niño e incluyen la interacción padres-hijo, los rasgos de los progenitores, la atmósfera y el contexto familiar, así como factores del barrio donde viven y se desenvuelven y de la sociedad a la que pertenecen.

3.4.1 Impacto del medio en la primera infancia

El ambiente y el organismo se influyen mutuamente desde el momento de la concepción en adelante. La calidad del cuidado que el niño recibe predice su funcionamiento, pero no podemos olvidar que las características de éste pueden impactar y alterar la calidad del cuidado parental que se le proporciona (Sameroff y Fiese, 2000).

Desde el modelo ecológico, hay que tener en cuenta las causas y, también, los procesos de la relación padre-niño. El conocer variables y procesos permitirá modificar las estrategias de intervención del programa de AT y, de cara a la prevención primaria, se puede enfocar la intervención proporcionando a los padres herramientas válidas encaminadas a mejorar su sensibilidad, es decir, proporcionarles medios para que puedan percibir, interpretar y responder adecuadamente a las necesidades del niño.

Intervención en el contexto

Según Perpiñán (2009), un Programa de AT debe articularse en dos líneas:

- La intervención con el niño: Entendida como un proceso de evaluación-intervención continua en donde se abordan las distintas áreas del desarrollo de forma global, a través de acciones significativas que tengan en cuenta la motivación del niño, en un clima de seguridad afectiva.
- La intervención con el entorno: Es un conjunto de medidas dirigidas a los contextos donde el niño se desenvuelve. Incluye todas aquellas acciones que permitan mejorar la calidad de dichos medios: ajustando la respuesta educativa, equilibrando la situación emocional y evitando la aparición de otros trastornos asociados.

Según la autora, los servicios de AT, hasta ahora, han dado respuestas aceptables en la intervención con el niño pero la segunda línea de intervención, es decir el entorno, el ambiente, implica cambios en las fórmulas de intervención.

Desde la perspectiva del modelo ecológico, la evolución del niño se entiende como un proceso de diferenciación progresiva de las actividades que éste realiza, de su rol y de las interacciones que mantiene con el ambiente, destacándose la importancia que tienen las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño/a y los elementos de su entorno, partiendo por los padres. En efecto, las relaciones entre el niño/a y sus padres se entienden como un factor central para su desarrollo.

El desarrollo humano se encuentra modelado por una dinámica de interacción continua y de progresiva acomodación entre los factores biológicos y la experiencia de sus entornos inmediatos, ambos sistemas dinámicos y cambiantes. Pero este proceso, además, se ve influenciado por las relaciones que se establecen entre estos entornos y por contextos de mayor alcance en los que los anteriores están incluidos, como un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente.

Son, entonces, la familia, la comunidad y la sociedad, el “ambiente ecológico”, los

que operan como determinantes interrelacionados a lo largo del proceso de desarrollo de los niños y niñas y son estos últimos los que se ven influenciados por las interacciones. Las políticas públicas son parte del entorno en el cual se desarrollan los niños y niñas y se constituyen como contexto a través del cual se puede generar recursos y acciones que incidan en la comunidad y en el entorno familiar del niño/a, generando mejores condiciones de vida y mayores oportunidades de desarrollo.

El postulado básico del modelo ecológico es que el desarrollo humano supone la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, que está en proceso de desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que esa persona en desarrollo vive. Esta acomodación mutua se va produciendo a través de un proceso continuo que también se ve afectado por la relaciones que se establecen entre los distintos entornos en los que participa la persona en desarrollo y los contextos más grandes en los que esos entornos están incluidos.

En síntesis, este enfoque postula facilitar las intervenciones centradas en el fortalecimiento del entorno social, los sistemas de apoyo familiar y el uso de los recursos comunitarios. En todo caso, si se ha de intervenir, Barrera y Corso (2003) señalan que siempre será necesario tener en cuenta el contexto cultural de la propia familia, si lo que se busca es alcanzar una interacción con éxito y que sea significativa.

Muchas de las prácticas de intervención utilizadas con las familias han planteado nuevas metodologías. Tradicionalmente respondían a una orientación centrada en el niño y orientada a la rehabilitación y, actualmente, responden a una orientación centrada en la familia y orientada a una mayor interacción.

Según Linares y Rodríguez, “la emergencia de modelos teóricos como el sistémico, el ecológico y el transaccional y su aplicación a ámbitos psicoeducativos y las aportaciones de la psicología social, entre otros, contribuyen a que el desarrollo del niño sea visto, cada vez de forma más contundente, como el resultado de un complejo proceso de interacciones entre el organismo y las aferencias ambientales y esta realidad es cada vez más constatada por los profesionales de la AT” (Rodríguez, 2003:335)

4. AT Y FAMILIA

4.1 Aproximación al concepto de familia: base fundamental de la sociedad

Los cambios en la sociedad a nivel político, económico, cultural, no han dejado de un lado a la familia.

La familia ha sufrido modificaciones y transformaciones: nuevas configuraciones familiares (separaciones, divorcios, familias reconstituidas), incorporación de la mujer al trabajo, dificultades para conciliar la vida familiar y laboral, nuclearización y pérdida de las redes familiares de origen, cambios en el estilo educativo de muchos padres, incorporación de los hijos antes en la escuela. Pensamos que todos estos cambios, que se han ido produciendo en la organización familiar, repercuten y han influido, también, en el desarrollo infantil.

Tenemos presente que, aunque todos estos cambios que hemos mencionado tienen lugar, como señala Luengo (2012), la familia sigue constituyendo un grupo humano en el que confluyen todo un conjunto de relaciones, vivencias e interacciones personales de difícil cuantificación. Y aunque nuestra sociedad y nuestro modelo de vida, ha ido modificando progresivamente la morfología familiar, la familia sigue constituyendo uno de los núcleos sociales donde se ejerce una poderosa influencia sobre el niño.

Reflexionar en torno a las nuevas realidades familiares nos obliga a pensar en ciertos valores de la sociedad y las nuevas funciones que desempeña la familia y, cómo no, muchas de nuestras reflexiones surgen de lo más inmediato, es decir de observar nuestra propia familia.

Para la profesora Angela del Valle (2007) el sistema familiar es el principal espacio educativo donde el niño recibe la “educación doméstica: es en el ambiente familiar donde el niño recibe la socialización primaria. Es en éste ámbito donde aprende hablar, interioriza los primeros códigos de conducta y asimila la cultura del entorno”.

Si bien el papel central de la familia en el desarrollo no constituye una novedad, en cambio, muchas de las prácticas de intervención utilizadas con las familias han planteado nuevas metodologías. Tradicionalmente, respondían a una orientación centrada en el niño y orientada a la rehabilitación y, actualmente, responden a una orientación centrada en la familia y orientada a una mayor interacción.

Por ello, a lo largo de este capítulo analizaremos el concepto de familia, su evolución y funciones y las nuevas estructuras y modelos familiares.

4.2 Ideas sobre familia

El intento de acercarnos al concepto de familia, además de estar orientado por el deseo de la objetividad, lo está igualmente por el deseo de reflexión personal que parte de una visión integradora y plural.

Hoy, en el siglo XXI, la familia se considera como uno de los contextos de desarrollo más importante para las personas que componen esa estructura. En la actualidad, el término “familia” hace referencia a realidades muy diversas. Existen numerosas definiciones de la familia y cada una de ellas hace hincapié en una o varias características de ésta.

Nos parece adecuado utilizar la palabra familia en plural por que da más posibilidad para explicar la diversidad de tipos familiares que hoy existen en nuestra sociedad.

El concepto de familia es polisémico, es decir, tiene muchas acepciones y significados, debido a las variaciones históricas que ha experimentado esta institución. El sustantivo familia es de origen latino, precede del vocablo famulus, que en un principio significaba servidor, pero que, por extensión, también englobaba los conceptos de casa (entendida como el conjunto de los individuos que vivían bajo el mismo techo), de familiares (los unidos por lazos de sangre y parentesco) y de genes (todos aquellos que reconocían tener un ascendiente común).

La variedad de definiciones de familias que circula entre estudiosos y profesionales de temas relacionados con ésta es muy amplia. Esto se debe a que la familia tiene una larga historia con múltiples cambios de estructuras. A continuación revisaremos algunas de las definiciones encontradas en la bibliografía.

El diccionario de la R. A. E. (2001) define a la familia como un “grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas”.

Minuchin (2009) denomina a la familia “la matriz de la identidad”, ya que considera que ésta imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. El sentido de identidad de cada miembro está influido por su sentido de pertenencia a una familia específica.

La familia es un sistema abierto y en transformación, influye y es influido por el sistema extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de la etapa del desarrollo en la que se encuentra (Minuchin, 2009).

La Constitución Española de 1978 no define qué es la familia pero le reconoce un lugar de primera importancia como institución fundamental de convivencia en la sociedad española. Las definiciones de familia las vamos a encontrar en la sociología y la antropología, más que en los textos legales.

Una definición de familia dada por Flandin, (1979), señala: “son personas unidas por el matrimonio o la filiación que viven bajo el mismo techo”.

Se trata de una definición sencilla y general, en la que caben casi todas las familias posibles, pero no dice nada de la relación social fundamental que une a los miembros de un hogar familiar en nuestra sociedad y que es el hecho de constituir una unidad económica.

Según Estela D’Ángelo (1999), la familia es un sistema cambiante compuesto por personas y relaciones cambiantes pero que, al mismo tiempo, se caracteriza por la continuidad y la estabilidad de los individuos a través del tiempo. Los cambios permiten

que el sistema familiar y sus integrantes se desarrollen y, mientras, la estabilidad, afianza el sentido de pertenencia de los sujetos al sistema familiar.

Según Chiappello (2010) las características básicas de la familia son identidad, estabilidad y satisfacción. Con identidad se refiere al sentido de pertenencia grupal y aceptación del “nosotros” en contraposición del “yo”. La estabilidad es la organización que mantiene la unidad del grupo en momentos de desacuerdo. La satisfacción sería la capacidad de transformar las relaciones en los momentos de ansiedad.

La familia se forma por la unión libre de dos personas adultas y, luego, se extiende con la llegada de los hijos. Dentro del grupo familiar, el niño comienza a desarrollarse en base a las relaciones interpersonales que mantiene con los miembros de su familia: va adquiriendo el sentido de la identidad, de libertad y autoridad, aprende a compartir, competir, distinguir sentimientos de frustración, celos y rivalidad, entre otros. Es decir, el niño, en la familia, comienza el proceso de socialización que continuará, después, en los grupos extra familiares (Chiappello 2010).

Palacios (1994; citado por D'Ángelo, 1999) estudia la complejidad de la vida familiar. Este autor afirma que las relaciones dentro del núcleo familiar, entre padres e hijos y entre hermanos, derivan de la interdependencia entre lo personal y lo familiar y que la existencia de determinadas circunstancias, positivas o negativas, incrementará las fuentes de armonía o de tensión.

Así, el concepto de familia varía mucho dependiendo, sobretudo, del marco teórico de referencia desde el que partamos.

Desde la perspectiva psicodinámica se da una importancia especial al concepto de “apego”, que Bowlby (1958) definió como la tendencia a procurar la proximidad de determinados miembros de la misma especie. Este mismo autor propuso una lista de pautas de conducta que constituyen las respuestas instintivas que componen la conducta de apego: Succión, prensión, seguimiento, llanto y sonrisa. Todas estas conductas son innatas y sirven para poner en contacto al niño con su madre.

La perspectiva psicodinámica asume que desde el nacimiento se pone en marcha un proceso de cambios interrelacionados en la conducta tanto de la madre como del niño, producto de la interacción entre ellos, que conducen, por una parte, al funcionamiento independiente del niño y por otra, a la disminución gradual de la conducta maternal de protección (Schaffer, 2000).

Desde el pensamiento sistémico la familia se entiende como un sistema que sigue las mismas leyes dinámicas que los sistemas naturales. Dentro del sistema familiar, cada miembro tiene una función que le convierte en un segmento de un todo (Bowen, 1999).

Desde esta misma perspectiva, Jackson (2007) entiende la familia como una red de comunicaciones entrelazadas en cuya naturaleza influyen todos los miembros, al mismo tiempo que el sistema influye en ellos.

El pensamiento ecológico define el ambiente social del niño como un sistema de redes, en el que el adulto que le atiende es absorbido dentro de otras redes sociales más grandes y sin un contacto directo con el niño, como sus amistades, su estatus socio-económico, etc. (D'Ángelo, 1999).

Partamos desde el marco teórico desde el que partamos y tengamos en cuenta unas u otras características de la familia, podemos afirmar que la familia ha ido sufriendo cambios paralelos a los cambios de la sociedad. En este sentido, las funciones de la familia tienen dos objetivos: uno interno, la protección psicosocial de sus miembros, y otro externo, la acomodación a esa sociedad cambiante y la transmisión de la cultura. Además, debido a estas dificultades transicionales, la tarea psicosocial fundamental de la familia, apoyar a sus miembros, ha cobrado más importancia que nunca (Minuchin, 2009).

A modo de conclusión y siguiendo a Jáudenes (2004):

La familia es un sistema abierto, vivo, dialéctico, con gran capacidad de adaptación. Es el fundamento antropológico de una existencia personal, histórica, global. Es el ámbito natural de procreación y educación de los nuevos ciudadanos, el

vínculo permanente de asistencia entre sus miembros, la base privilegiada para un desarrollo integral de la persona, la fuente impulsora de la solidaridad intergeneracional, el lugar por excelencia de humanización y socialización. (Jáudenes, 2004:18)

Como ha escrito Roussel, L (1989) “la familia es la base del porvenir. Es el espacio donde los seres humanos viven unos con otros en relación de reciprocidad, de libertad, de ternura mutua al margen de la gran maquinaria social” (Roussel, 1989.p:24)

El término utilizado en esta definición de “ternura mutua” nos hace pensar en “ayuda mutua” y es, en ciertos aspectos, tan antigua como la humanidad. A lo largo de la historia han existido formas muy variadas de apoyo mutuo hasta llegar al Estado de Bienestar que ha permitido desarrollar una gran maquinaria dedicada a la solidaridad social institucionalizada.

La existencia de nuevas instituciones no quiebra el principio de solidaridad familiar sino que ofrece un nuevo marco para éste. El cuidado de la salud, la protección de los minusválidos, va pasando poco a poco en las sociedades más avanzadas a ser atendido principalmente por otras instituciones.

La familia es el nombre con que se ha designado a una organización social tan antigua como la propia humanidad y que, simultáneamente con la evolución histórica, ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época.

En esta definición no se definen el número de sus miembros ni las relaciones que entre ellos tengan, de forma que podemos considerar incluidas algunas formas que emergen en la sociedad actual: las familias monoparentales, matrimonios sin hijos.

Encontramos desde una perspectiva de interacción, que la familia se define, como una “unidad de personas en interacción. El término unidad, hace referencia a una realidad que va más allá de las personas individuales y de los lazos biológicos y legales, pues constituye una superpersonalidad que crece y evoluciona a través del tiempo y constituye el contexto próximo, no físico o sociológico, sino interactivo donde el

individuo se desarrolla”. (Burguess, 1999, p: 34).

Para Pérez Serrano, la familia es una “unidad fundamental y primaria donde el ser humano se va haciendo persona, es la primera escuela donde descubre las formas básicas de la vida social y en la que aprende a relacionarse con el otro. Se está produciendo entre padres e hijos una reciprocidad de acciones en demanda de prestaciones de apoyo”. (Pérez Serrano, 2011)

Otras de las definiciones que nos parecen interesantes son las aportadas desde el enfoque sistémico, entre las cuales se engloban las siguientes:

“La familia es un conjunto de personas que viven bajo el mismo techo y que interactúan entre sí formando un sistema complejo. Es la unidad básica de socialización del ser humano, la encargada de velar por el desarrollo del recién nacido hasta alcanzar la madurez (Perpiñán, 2009).

“La familia es tan vital para una sociedad y para el ser humano que por la simple economía de recursos, ya que ninguna otra instancia ordena de manera tan “natural” procesos tan elementales y complejos para la reproducción social, como son la reproducción biológica, la socialización de los más jóvenes, la reproducción económica básica, las relaciones intergeneracionales, la regulación y canalización de los sentimientos y la regulación de la conducta sexual” (Montero, 1998).

“La familia como conjunto de personas relacionadas entre sí puede ser considerada como un sistema, las relaciones entre sus miembros pueden ser intra y extrasistémicas: la familia es por tanto un sistema abierto, en constante transformación, que se adapta a los cambios que se producen en el medio sociocultural, que la rodea y además, su propio proceso de desarrollo le exige una reestructuración” (Espina 1996: 107).

Para López Guinea (2010:53) es curioso como criterios que parecen más definitorios del concepto de familia son todos ellos “intangibles” y están relacionados con metas, motivaciones y sentimientos, características que, para la calidad de la vida familiar y de las relaciones entre sus miembros, tienen una importancia mucho más

primordial que el vínculo legal, las relaciones de consanguinidad, el número de sus miembros o el reparto de sus roles.

La familia sigue, y probablemente seguirá siendo, el lugar privilegiado de encuentro entre los géneros y las generaciones.

Las definiciones proporcionadas por los distintos autores, nos permiten comprobar la complejidad del concepto y tener en cuenta que no se trata solamente de una institución social sino que engloba aspectos sociales, culturales, biológicos y psicológicos.

4.2.1 Evolución histórica de la familia

Entendemos que la familia es una institución universal, que ha desempeñado siempre un papel fundamental en todas las sociedades históricas, pero ha adoptado una diversidad extrema de formas según las distintas culturas.

No solo la historia afirma la universalidad de la familia desde la Antigüedad sino, que la familia actual, sigue ofreciendo el marco natural de apoyo emocional, económico y material a sus integrantes

La imagen de una familia puede encerrar una percepción al margen de todas las culturas. Esa realidad naturalista y transcultural que nadie puede negar, se desarrollará después en la práctica sin escapar a todo el arraigo cultural que la rodee. Formar una familia hoy, no es lo mismo en la selva amazónica -en lo que queda de ella- que en Manhattan, Pekín o Calcuta. Pero todos entendemos que “algo” tienen en común.

La historia nos muestra que esta institución es antigua, flexible y bastante resistente de transformación, y los cambios se suceden sin interrupción alguna. Esto, al mismo tiempo, le ha dado una gran flexibilidad y por ello la familia se mantiene hasta nuestros días (Fantova, 2004).

“Históricamente la familia ha sido la institución sustentadora del desarrollo del

individuo, tanto del punto de vista material como psicológico. En el seno de la familia, preferentemente, o al menos en primer término, tienen lugar los procesos de reproducción social. Al tiempo, la familia ha sido una unidad de producción y consumo, y aunque sus funciones han ido experimentando transformaciones, básicamente su papel no ha cambiado” (Delgado, 2002:123).

Alberdi (1990) plantea la hipótesis de “democratización” en torno a la evolución de la institución familiar, resalta dentro de este proceso de democratización, la importancia que concede al cambio en la posición social de las mujeres como factor explicativo clave de la transformación que se advierte en la familia.

Se trata de una idea repetida por otros autores que hablan de los factores que han influido de lleno en la evolución de la familia señalando: el control de la reproducción, el acceso de la mujer al mundo laboral, la mejora de los niveles educativos y la implantación de la cultura de la igualdad (Montero, 1998).

Este aspecto señalado, el trabajo de la mujer fuera de casa que ha planteado nuevos tipos de familias, en nuestro siglo ya no solo es por razones económicas sino sobre todo, por motivos de su realización personal.

Según Meil (2007) la evolución de la familia ha sido diferente en cada cultura y sociedad y cada una de ellas ha generado el modelo más apropiado. Sin embargo, y a lo largo de la historia, todos estos cambios en las familias se han ido produciendo de una forma gradual y paulatina.

Sin embargo, en los últimos tiempos ha sucedido una serie de acontecimientos que ha provocado modificaciones sustanciales en el seno de las familias de una forma mucho más rápida.

Por otra parte, la vida se vive más deprisa y la urgencia impregna también esas relaciones personales que consideramos relaciones familiares.

A este respecto, pocas dudas hay de que las formas de organización familiar han

sufrido cambios históricos importantes. Basta con reflexionar sobre las transformaciones legislativas que se han producido en España, que también han tenido una decisiva importancia en la configuración de nuevas estructuras de relaciones familiares.

En España, la constitución de 1978 incorporó las líneas maestras de las transformaciones familiares; la idea de igualdad entre el hombre y la mujer y la idea de igualdad de derechos entre todos los hijos, sean cuales fuesen las situaciones civiles o las relaciones entre sus padres, la equiparación de derechos y responsabilidades entre los cónyuges transforma el modelo matrimonial español, con una repercusión fundamental en la convivencia y la vida cotidiana de todos los hogares.

La mujer abandona su papel exclusivo de “esposa y madre” para convertirse en mujer trabajadora que a su vez debe conciliar la vida laboral y personal.

En este punto, queremos señalar el papel fundamental que juegan los abuelos puesto que son los que están favoreciendo dicha conciliación entre la vida personal y laboral, encargándose del cuidado de los nietos en los casos en que es posible (Elzo, 2004).

De esta forma podemos decir, que la familia es dinámica, no estática y que está en proceso de evolución y cambio continuo.

4.2.2 Funciones de la familia

Como hemos visto, la familia no es un concepto único para toda época y cultura, hay diferencias tanto en las personas que las forman como en los roles y funciones esperados para cada miembro y para la familia en su conjunto. De esta manera, estamos ante un fenómeno que forma parte de nuestra sociedad y nuestra cultura, que existe desde siempre y que sin embargo ha sufrido constantemente cambios con el paso del tiempo.

En la actualidad, múltiples estudios y compilaciones intentan conocer las funciones

asignadas a la familia. Trataremos de describir las distintas funciones que se realizan en las familias:

Para Ramos (2007), en lo que se refiere a las funciones familiares, señala que desde un punto de vista psicosocial se clasifican en externas e internas. Las externas tienen como fin transmitir al individuo los valores propios de su cultura para que sea aceptado socialmente y, de esa manera, perpetúe dichos valores a través del tiempo. En cambio, la función interna de la familia se refiere a la protección biológica, psicológica y social del individuo.

Por otra parte, destaca que el papel de la familia es fundamentalmente socializador ya que debe dotar a sus individuos de actividad social, identidad individual, protección ante los conflictos y generar personas adaptadas a las características de la sociedad en la que viven.

Rodríguez (2003) señala que las funciones básicas de las familias son la socialización primaria, y la formación de la identidad personal, masculina y femenina, el sustrato de la reproducción desde su perspectiva biológica y cultural y la familia concebida como unidad económica, aunque cada vez más como una unidad de consumo dependiente del mercado para la satisfacción de las necesidades básicas.

Por otra parte, Núñez (2007) señala que las dos funciones básicas de la familia actual serían la socialización y la formación de la personalidad del niño así como lograr su estabilidad emocional y la del adulto. Además, señala que la familia debe proveer a sus miembros de un sentimiento de identidad independiente, haciendo que cada miembro de la unidad familiar se sienta único y apreciado, facilitando el desarrollo de su autoestima, independencia y originalidad, fortaleciendo los procesos de crecimiento.

Citado por Nuñez, según Gimeno (1999) la familia tiene las mismas funciones básicas: “la familia organiza su vida para cumplir dos funciones básicas: el desarrollo personal de los hijos y la socialización”. Dentro del desarrollo personal la autora habla de la importancia de la crianza no solo a nivel físico (alimentación, higiene...) sino también en aspectos tan importantes como la creación de un sentimiento de seguridad

en el bebé. Los vínculos afectivos en las primeras etapas evolutivas son la base no solo del desarrollo afectivo sino también del social y cognitivo y este desarrollo ocurre dentro de la familia (Bolwby, 1976).

Según Fernando Fantova (2004) la familia proporcionaría el abanico de funciones que citamos a continuación:

- Función económica: proveer de recursos.
- Cuidado físico: proveer de seguridad, descanso, recuperación.
- Afectividad: proveer de cariño, amor, estima.
- Educación: proveer de oportunidades de aprendizaje, socialización, autodefinición.
- Orientación: proveer de referencias.

Nos parece que, siendo una tarea fundamental la de formar y educar, si bien el estado colabora a través de la educación formal, es en el seno de la familia, como afirma Martín López (2011) donde el niño construye sus primeros referentes, los que le servirán para asimilar y acomodar todos los estímulos que a lo largo de su vida recibe.

Similares funciones se explicaron ampliamente en el II Congreso de Familia en la Sociedad del siglo XXI:

- Regula la conducta sexual “la familia impone unas reglas de comportamiento que permiten ordenar el poderoso impulso sexual”. Estas reglas son implícitas y son tan poderosas que no necesitan ponerse por escrito.
- Ordena la reproducción.
- Ordena los comportamientos económicos básicos y más elementales: desde la alimentación a la producción y el consumo.

- Educa a los hijos: educar quiere decir enseñar a comportarse en sociedad. Dentro de la familia los hijos aprenden día a día los valores humanos y sociales a través de sus padres, hermanos, abuelos, tíos o primos.
- Regula los afectos y los sentimientos: La familia es nuestro espacio de intimidad, en ella es dónde podemos mostrarnos como verdaderamente somos y expresar nuestros sentimientos de la forma más sincera.
- Ordena las relaciones entre generaciones: las generaciones son una pieza clave de la sociedad debido al envejecimiento poblacional que sufrimos. En un mismo momento convivimos muy distintos grupos de personas con edades diferentes y la familia es quien regula las complejas y difíciles relaciones intergeneracionales.

Porot (1975), al hablar de la necesidad de seguridad para la autonomía del niño, la sustenta en un trípode basado en el amor, la aceptación y la “consistency” por parte de los padres. Término que no implica únicamente solidez y firmeza sino consecuencia. Juntos forman una excelente descripción de lo que el niño necesita para su desarrollo emocional.

Finalmente, y siguiendo a Cibanal (2005), en las familias con un niño con problemas (sobre todo de tipo conductual pero podría extrapolarse a otros tipos de problemas) existiría una función que él denomina función protectora del síntoma y que nos resulta interesante mencionar.

Esta función la llevaría a cabo el niño de una manera inconsciente y en palabras del autor supondría “que el niño cumple en la familia un papel de benefactor o protector solícito de los demás”. Es decir, cuando una familia tienen un hijo con dificultades, supone una fuente de preocupación muy importante, de manera que sean cuales sean los problemas de los padres, tanto a nivel laboral como personal o económico, al menos temporalmente, quedan delegados para atender las necesidades del niño “la inquietud de los padres se centra en el niño y se perciben a sí mismos como padres de un niño que les necesita, en lugar de verse como individuos abrumados por otro tipo de dificultades”.

“Los padres son ahora más sensibles a los requerimientos y necesidades de los niños y están dispuestos a satisfacerlos. Pero, por otro lado, se sienten más inseguros que nunca respecto a la mejor forma de satisfacerlos. La aceleración de los cambios sociales crea gran desorientación e incertidumbre en los padres sobre cómo educar a los hijos”. (Vicente 1997: 319).

Este autor nos hace pensar que las funciones de la familia, no son tareas fáciles, ni siquiera en los niños “sanos” que presentan un desarrollo normal en condiciones ideales.

A la vista de lo expuesto, es evidente que se puede observar un cambio en las funciones de la familia, poniendo el acento en la función afectiva, búsqueda de felicidad y la función de cuidado y protección de sus miembros, en cuanto que la familia refuerza valores relativos al propio desarrollo personal de sus miembros y presta apoyo y protección a sus miembros.

4.2.3 Tipología familiar

Tipología clásica

Existen diferentes tipos de familia en función de sus actitudes o modos de hacer. La familia se diferencia de otros grupos sociales por las relaciones emocionales, socioculturales y legales que se establecen entre sus miembros: cónyuges, padres e hijos, hermanos y parientes. Cuando se habla de familias se hace referencia a la existencia de una o varias relaciones entre estos miembros, por lo que nos podemos encontrar una amplia gama de familias y aún no estarían todas recogidas.

Familia nuclear

Según Belart y Ferret (1998) sigue siendo el ideal social y modelo familiar más extendido y normalizado. Puede decirse que existen dos formas de familia nuclear; una biológica y otra social.

La familia nuclear biológica se compone de dos adultos, padre y madre, y un hijo.

Estos dos adultos pueden o no vivir juntos, pero esta familia nuclear biológica del hijo se define por su unión. (1994, Año internacional de la familia).

La familia nuclear social no tiene por qué ser la misma y se crea cuando dos personas establecen una relación, bien por matrimonio o por convivencia de pareja. En muchos países se reconoce este tipo como familia haya o no hijos biológicos.

Las estadísticas demuestran que ambos tipos de familia nuclear son más frecuentes en países donde la esperanza de vida es alta.

Si los padres se divorcian y vuelven a casarse, puede hablarse también de una estructura familiar nuclear reorganizada, con combinación de hijos biológicos y no biológicos.

La familia nuclear biológica puede tener variaciones. La más habitual es la familia con un adulto, padre o madre, y uno o varios hijos, como resultado del fallecimiento de uno de los cónyuges, el divorcio, la emigración, la separación, el abandono o la decisión por parte de la pareja de no vivir juntos. En la variabilidad de estas familias se aprecian unas variaciones en el nivel económico, puesto que suelen tener unos recursos más limitados que las familias de dos adultos. En la mayoría de los casos, las familias de un solo adulto varón suelen tener mejor posición económica que las unidades familiares en las que el único adulto es una mujer.

Otro tipo de familia nuclear es la familia adoptiva, en la cual los hijos adoptivos tienen los mismos derechos que los hijos biológicos.

Las familias con hijos concebidos mediante fecundación “in vitro”, se consideran familias nucleares, aún cuando los padres no sean los padres naturales.

Las familias con miembros del mismo sexo, en algunos países como Dinamarca y en Norteamérica, ya existen y gozan de un reconocimiento social y legal.

En cualquier sociedad, las familias nucleares poseen una red de relaciones sociales,

llegando a formar parte de grupos organizados, los cuales controlan muchos aspectos de su actividad cotidiana: por el médico, por la parroquia, por la administración local o por cualquier otro organismo público. Aunque es muy difícil regular todos los aspectos de la vida familiar. Las familias no viven aisladas, ya que sus miembros mantienen muchas relaciones con individuos y grupos externos a las mismas. (Bott, 1990)

Familias extensas

Al hablar de familia extensa nos referimos normalmente, a un grupo numeroso de personas que viven juntas o mantienen una relación frecuente, con lazos muy estrechos. (1994, Año Internacional de la Familia).

Una forma habitual de familia extensa es la de tres generaciones, en la que conviven abuelos, padres e hijos. Este tipo de familias suele ser más frecuentes en ambientes rurales. Aunque si la esperanza de vida sigue ampliándose, puede que la familia de cuatro generaciones llegue a ser una estructura familiar habitual.

Este tipo de familias está sustentada por una base social más que biológica. El cuidado de un niño puede ser responsabilidad de varios adultos.

Familias monoparentales

Belart y Ferrer (1998) son las formadas por un solo progenitor y los hijos; pueden ser una madre biológica soltera, una mujer u hombre soltero que ha optado por la adopción, un viudo o viuda o aquellas que se forman tras una separación de una familia nuclear.

Este tipo de familias se las ha considerado como familias con una estructura deficiente o incompleta. Por el contrario, las investigaciones no demuestran que impidan a los hijos desarrollarse emocional y psicológicamente de forma sana.

Uno de los riesgos que se puede asociar a estas familias es el papel de padre o madre al hijo /a mayor, así como que haya una carencia de modelo de identificación del

sexo que falta, o una posible sobreprotección.

Las familias monoparentales son cada vez más frecuentes en la sociedad y en muchos caso son funcionales. Hay que mantener la imagen que se trasmite del otro padre y ofrecerles el modelo de identificación que les falta.

Familias reconstituidas

De todos los tipos mencionados hasta ahora pueden producirse reorganizaciones mediante el matrimonio, segundos matrimonios o nuevas convivencias en parejas por parte de personas con hijos de relaciones anteriores. (1994, Año Internacional de la Familia).

Las familias reconstituidas o mixtas están formadas por un progenitor con uno o varios hijos que se une a otra persona que a su vez puede tener hijos o no. Uno de los progenitores han salido fuera del hogar de manera que los hijos tienen dos hogares. (Belart y Ferrer, 1998).

En este tipo de familias aparecen nuevas relaciones con miembros nuevos y los hijos necesitan tiempo para aceptar la nueva situación y adaptarse al nuevo cónyuge. Necesitan elaborar una nueva identidad familiar, este nuevo sistema familiar ha de ser abierto y flexible para que se establezca en el una buena comunicación entre todos los miembros.

Tabla N° 6: Diversidad de formas familiares (López Guinea, 2011)

Tipo de familia	Características
FAMILIAS NUCLEARES	Familia compuesta por un hombre y una mujer, unidos mediante matrimonio, y sus hijos
COHABITACION	Se trata de la convivencia de una pareja unida por lazos afectivos, pero sin el vínculo legal del matrimonio
HOGARES UNIPERSONALES	Hogares formados por una sola persona. El significado de vivir solo es muy diverso, dependiendo si la persona es joven, adulta, anciana. Vivir solo a diferentes edades se corresponde con posiciones familiares diferentes: solteros, separados, divorciados y viudos.
FAMILIAS MONOPARENTALES	Constituida por un padre o una madre que no viven en pareja (pareja casada o que cohabita). Puede vivir o no con otras personas (amigos o los propios padres).
FAMILIAS RECONSTITUIDAS	Se refiere a la familia que, rota después de un divorcio, se rehace con el padre (o madre) que tiene a su cargo los hijos y su nuevo cónyuge.

4.3 La familia como principal agente de cambio

El hombre no es un ser aislado sino esencialmente social. Su sociabilidad se manifiesta de forma integradora en el ambiente familiar. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y debe ser protegida por la sociedad y el Estado. (Galindo, 2011).

“La gran importancia que tiene la familia en el desarrollo sano y equilibrado de un niño, es incuestionable. La familia supone el primer núcleo de socialización y el contexto donde se producen los primeros aprendizajes en las áreas del lenguaje, habilidades cognitivas y valores sociales. Además, la familia constituye el escenario fundamental donde los niños aprenden y desarrollan sus hábitos, actitudes, creencias, valores y normas de convivencia con las que funcionarán en la sociedad” (López Guinea, 2011:3).

En el desarrollo del niño influyen tanto factores genéticos como ambientales. Es así como la influencia directa de todo aquello que rodea al niño, específicamente durante sus primeros años, constituye un aspecto muy importante, especialmente si nos referimos al entorno familiar, el que constituye la primera fuente de aprendizaje y

conocimiento con la cual el niño interactúa.

Pocas cosas determinan más el curso de las vidas de las personas que las familias. Promover un desarrollo saludable de los niños que crecen en el contexto de las dificultades a las que se enfrentan las familias, hoy en día, es un reto formidable porque supone identificar y afrontar los problemas de las mismas que exigen atención inmediata, sin perder de vista que el funcionamiento de los niños se ve apoyado o debilitado por la completa interacción de las influencias individuales y familiares (Landy y Menna, 2006). Una unidad familiar fuerte, independiente de su tamaño o composición, con apoyo suficiente y miembros resistentes, puede soportar casi cualquier problema que la vida les puede lanzar.

Durante mucho tiempo la intervención en la población infantil se ha centrado exclusivamente en los problemas del niño, sin tener en cuenta a la familia (González, 2000), para este autor, los profesores consideraban a los padres como un estorbo, o como personas poco responsables, si no atendían a sus indicaciones; a su vez, los padres consideraban a los profesores como poco preocupados por la educación de sus hijos. En la actualidad, esta situación ha cambiado, y está evolucionando hacia una visión más global e interactiva: la participación de los padres en la educación e intervención está recibiendo cada vez mayor atención y los padres y profesionales se han unido para trabajar en común en beneficio del niño.

Consideramos la familia como, ese espacio que el ser humano necesita para aprender, crecer, desarrollarse y crear su propia representación del mundo. En este espacio, las interacciones y vínculos que se establecen, incluso con el entorno, son referentes en el proceso madurativo y formativo del niño. Planteamos la familia como marco referencial más próximo, inmediato y principal en niños y como modelo a seguir a lo largo de su desarrollo.

El niño pequeño pasa la mayor parte de su tiempo con la familia y los padres.

Por todo ello, nos parece sumamente importante investigar y describir la relación que se da entre padre/madre y su hijo/a y determinar las habilidades parentales que los

padres deben desarrollar para enfrentar mejor la tarea de ser papás.

Existe suficiente evidencia empírica que sostiene que la familia tiene una importante función educativa y que los padres son, por esencia, los primeros educadores de sus hijos. Diversos estudios confirman que la influencia de la privación ambiental-familiar se relaciona positivamente a los retrasos escolares y que una educación temprana de alta estimulación favorece la formación de habilidades y competencias en los niños, es decir, favorece un mejor desarrollo integral (Aznar, Pérez 1986; Montenegro et al. 1978; Pardo y Kotliarenko 1998, entre otros).

El período de los tres primeros años vida del niño/a es cuando se dan las adquisiciones físicas y mentales más importantes, y con una rapidez que jamás se volverá a producir en la vida del ser humano.

De la calidad de estas primeras experiencias va a depender la personalidad, la identidad, y el modo en que el niño/a integre el mundo que le rodea, es decir, su forma de aprender.

Estas primeras experiencias están ligadas a la satisfacción de sus necesidades tanto físicas y mentales y a la forma como el medio le permita expresarlas y pueda satisfacerlas. Para Brazelton (1993), la afectividad en el bebé, se desarrolla antes que el control motor, cada etapa de desarrollo cognitivo va precedida de una etapa emocional en la esfera afectiva, previa a la interacción con el mundo físico. Este sistema emocional es la primera forma que tiene el bebé de conocer el mundo y marca el comienzo de una serie de hitos cognitivos. Lo que cuenta en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas y emocionales es la sensibilidad y la calidad de la interacción entre el bebé y el adulto.

Para establecer una comunicación familiar temprana de calidad es importante e imprescindible que el cariño y el respeto estén presentes en todo acto comunicativo, ya que facilitarán la seguridad, el apego y, sobre todo, la intención comunicativa.

El ambiente habitual del niño /a es el familiar, este es el primer marco educativo

por excelencia. Luego, el primer ciclo de Educación Infantil, no es un fin por si mismo, sino un instrumento de colaboración con la familia en la educación del hijo. Hace falta “escuchar y entender” a la familia, estableciendo con ella una estrecha relación y sistema de ayuda mutua.

Dentro de los distintos enfoques de la AT se distinguen tres grupos: niños con riesgo cognitivo y discapacidades establecidas, niños en riesgo biológico y niños en riesgo social. Este último esta enfocado a niños en situación de riesgo social - ambiental: pobreza, situación económica deficiente, ausencia padre o madre, madre adolescente.

Se hará especial hincapié, a lo largo de esta investigación, en la intervención precoz en niños pertenecientes a familias en riesgo social, pues es el tipo de población al cual esta dirigido el Programa chileno “Juguemos con nuestros hijos y es la población de interés en esta línea de investigación.

Al hablar de AT a niños en situación de riesgo social, nos referimos a la aplicación de una serie de estrategias y técnicas educativas dirigidas a reivindicar la situación de vulnerabilidad en el desarrollo que presenta este grupo. Si bien, es necesario contar con muchos profesionales y recursos materiales, lo fundamental será el compromiso de los padres de familia en la colaboración para ir superando la situación en que se encuentran.

El trabajo con padres en situación de pobreza o riesgo social consiste en crear la posibilidad de que sus hijos puedan acceder en igualdad de oportunidades educativas al momento de enfrentar la etapa escolar, considerando que sus padres estarán igual de preparados y dispuestos a apoyarlos en este proceso como los padres de un nivel cultural o económico mayor. Lo central es evitar que las diferencias ambientales en que se desenvuelven estos niños se conviertan en desigualdades irreversibles en el desarrollo del menor.

Estudios realizados en el año 2001 en los países pertenecientes a la Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), señalan que existen lagunas comunes de capacitación y formación para atender a la primera infancia sobre todo las

que comprenden el trabajo con los padres, el trabajo con niños menores de tres años, la educación bilingüe, multicultural y especial, la investigación y la evaluación.

A lo largo de estos últimos años las organizaciones que tienen que ver con la AT han resaltado notoriamente el papel que juegan los padres en el desarrollo favorable de sus hijos. No hay esperar que la “educación” sea impartida por una institución educativa ya que la educación comienza en los primeros momentos de vida, e incluso antes, cuando la madre esta embarazada a la espera del nacimiento su hijo/a.

El programa de Atención Temprana, que se presenta en esta investigación, tiene como objetivo, no solo el desarrollo del niño/a, sino que también busca resaltar la figura de los padres y la familia como primeros agentes educativos. Se pretende fomentar las instancias de “educación y aprendizajes NO FORMALES”, es decir, fuera de la institución educativa, que en muchas ocasiones no se considera educación y queda desvalorizado ante el aprendizaje de contenidos formales que puede entregar la escuela. La familia y la comunidad tienen un rol importante en el aprendizaje temprano no formal que tiene lugar en el hogar y sobre todo en las interacciones que establezca el niño con su entorno.

En la actualidad, todavía, existe una tendencia a relacionar el desarrollo infantil con la escuela, sin embargo, la educación no comienza cuando el niño o la niña ingresa en la institución educativa, pues las relaciones básicas de descubrir la realidad, relacionarse con otros, la ejercitación de las habilidades adquiridas, es algo que el niño va desarrollando y ejercitando en el diario vivir desde sus primeros meses de vida, y es aquí donde la familia, o los adultos a cargo del niño y el ambiente donde este se desenvuelve, juegan un rol muy importante.

El Informe Helios de 1994, señala que el trabajo con padres pretende ser un recurso que ayude a alcanzar un equilibrio emocional en la familia así como asistencia a los padres para sentirse bien en su papel. Así mismo, ayuda a los padres a expresar sus sentimientos y problemas libremente e incluso dar el soporte a los padres en su esfuerzo para afrontar las tensiones y problemas derivados de la discapacidad o dificultades que presente su hijo. Este problema, puede algunas veces, ser de tipo emocional y puede

conducir a inseguridad acerca de su papel de padres (Informe seminario Helios, 1994, Maristany, on line).

Al desarrollar programas con participación de padres e hijos/as, se busca promover un bienestar emocional para los padres, acompañar el proceso de adaptación de una familia frente a la problemática de su hijo, se pretende crear un espacio de escucha donde los padres canalicen sus emociones, aspiraciones y expectativas, además de aumentar sus estrategias cognitivas frente al estrés que supone enfrentar la llegada de un hijo o el hecho de vivir en un ambiente de carencias y necesidades básicas no cubiertas.

En programas de AT con participación activa de padres, no solo se busca formarlos y darles más herramientas para educar a sus hijos, sino más bien, como lo dice la filosofía educativa de Paulo Freire; fomentar la conciencia crítica en los seres humanos como base para hacerlos optimistas; en llevarlos a ser conscientes de que es posible transformar la realidad. La tarea es construir “propuestas de posibilidad” (Freire, 2001).

Los programas encaminados a mejorar la calidad de la vinculación deberían potenciar la sensibilidad del cuidador. Por este motivo, el profesional de A.T debería incluir en su intervención (Brito de la Nuez, 2009):

- Examinar con los padres o cuidadores principales, los puntos fuertes y las limitaciones con las que se encuentra habitualmente, mientras tiene lugar la interacción con su hijo.
- Enseñar a los padres a escuchar a sus hijos, a leer e interpretar los estados y las señales que éste le envía.
- Destacar ante los padres los logros y avances conseguidos por su hijo.
- Favorecer en los padres la emisión de una respuesta apropiada, rápida y contingente a las señales emitidas por el niño.
- Conceder a los cuidadores un espacio en el que poder compartir sus

preocupaciones, sentimientos y pensamientos acerca del desarrollo del niño.

- Ayudar al cuidador a que pueda modificar y adaptar, de forma consciente, las estrategias de interacción en función del contexto en el que transcurre la interacción o en respuesta a los cambios en las habilidades de interacción que el niño desarrolla paulatinamente.

4.4 Teoría del Apego: importancia del vínculo

El vínculo madre-bebé siempre ha preocupado al género humano y ha sido descrito en el arte y la historia, mucho antes que fuera objeto de estudio de la psicología.

Si la especie humana se ha perpetuado en el tiempo es porque siempre ha existido una persona que provee al recién nacido los cuidados necesarios por un tiempo prolongado.

Durante el primer año de vida el niño dedica buena parte de sus esfuerzos en construir vínculos específicos y efectivos con sus cuidadores principales. Estos vínculos le van a permitir proximidad con ellos y le va a proporcionar la posibilidad de que los emplee como base de seguridad a partir de la cual explorar el entorno.

Niño y cuidador cuentan con dos sistemas de conductas complementarios, el sistema de apego consiste en un conjunto de conductas del niño cuyo objetivo es lograr y mantener proximidad y contacto con la persona de su entorno próximo para que le proporcionen protección y aseguren su supervivencia. El sistema de cuidados incluye un conjunto de conductas de una figura parental destinadas a lograr el bienestar físico y emocional del niño, preservándole de riesgos y procurando su recuperación cuando sobreviene cualquier tipo de alteración. (Lafuente, 2009).

La respuesta parental que conduce a un apego seguro es aquella que ofrece afecto, que satisface las diversas necesidades del niño y que estimula de forma variada y consistente a lo largo de los primeros meses de vida. (Arranz., 2005).

La Teoría del Apego J.Bowlby (1969, 1973, 1980), psiquiatra y psicoanalista inglés, describe el efecto que producen las experiencias tempranas de “vínculo” en el desarrollo del niño._

Planteamientos de Bowlby

Bowlby trabajó con niños que sufrían problemas emocionales, principalmente niños sin familia. Esta experiencia lo llevó a afirmar que la necesidad afectiva es una necesidad primaria y no aprendida, en la especie humana. El denominado “sistema de apego” propuesto por el autor, estaría compuesto de tendencias conductuales y emocionales diseñadas para mantener a los niños en cercanía física de sus cuidadores durante la historia de su evolución.

Teoría del Apego

La teoría subraya la importancia que el niño se sienta capaz de depender de sus figuras de apego y también la habilidad de estas figuras para contener y proteger al niño, especialmente en momentos de mayor necesidad.

El sistema comportamental del apego ha sido hipotetizado como fundamental para la sobrevivencia del niño, pues busca las condiciones de seguridad con sus cuidadores especialmente bajo condiciones de amenaza.

El Apego se define como el vínculo afectivo que un bebé forma con sus cuidadores, que los impulsa a permanecer juntos en el espacio y en el tiempo (la cercanía protege del peligro y la depredación).

La conducta de apego es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo.

A partir de los trabajos de K. Lorenz et J. Bowlby se determinó que la función evolutiva del apego sería de asegurar vínculos firmes entre los individuos, con el fin de

favorecer la protección y supervivencia.

Los vínculos afectivos son el resultado de las interacciones tempranas mantenidas entre el niño y cuidador durante su primer año de vida, con lo que se puede deducir que el principal resultado del proceso interactivo sobre el desarrollo de la persona es el apego o el vínculo afectivo que el niño establece con sus cuidadores principales.

El establecimiento del apego seguro en la infancia garantiza el buen desarrollo posterior del niño.

Para que se desarrolle un vínculo de apego de buena calidad, es decir, seguro, el niño necesita que su cuidador sea una persona sensible, es decir, que este atento a sus señales, que tenga la capacidad de interpretarlas correctamente y la capacidad de respuesta para satisfacer las necesidades del niño de manera rápida y adecuada. Solo así, el niño, logrará sentirse seguro y confiado para relacionarse con los demás y atreverse a explorar y a aprender sobre el mundo que le rodea. El establecimiento de un vínculo afectivo duradero y especial entre niño y su principal cuidador adulto es la base para un desarrollo psicosocial saludable.

Según Wright, Binney y Smith (1995), el tipo de apego que se desarrolle entre niño-cuidador, subyace a un modelo interno y complejo que cada niño ha elaborado en función del historial interactivo con sus cuidadores.

Tipos de Apego

Mary Ainsworth en 1978, creó una “situación extraña”: situación de laboratorio en la cual la madre y el niño son introducidos en una sala de juego en la que se incorpora una desconocida.

A partir de las diferencias individuales en el comportamiento de los niños frente a esta situación, se describen 3 tipos de apego.

- Apego Seguro:

Niños autónomos, capaces de explorar el ambiente, percibiendo a su madre como base segura. Características de la relación:

- Bebés que tienen cuidadores que constituyen una base segura cuando están angustiados y que son sensibles a sus necesidades.
- El bebé tiene confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, responderán y les ayudarán en los momentos de adversidad.
- Relaciones Interpersonales: confían en los demás, se relacionan con los otros con una actitud cálida, estable y establecen relaciones satisfactorias.
- Relación intrapersonal: es más positiva, integrada y poseen perspectivas coherentes de sí mismos.

- Apego Inseguro, Ansioso-Ambivalente:

Niños dependientes, les cuesta explorar el ambiente y perciben a la madre como ambivalente. Características de la relación:

- Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia.
- Debido a la inconsistencia en habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.
- Relaciones interpersonales: fuerte deseo de intimidad junto a inseguridad respecto a los otros.

- Apego Inseguro-Evitativo:

Niños excesivamente independientes, sin problemas en la exploración del ambiente, pero no recurren a la madre como base segura, evitando el contacto. Características de la relación:

- Exhiben aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia.
- Niños/as con poca confianza en que serán ayudados y esperan ser desplazados porque sus experiencias pasadas así lo dicen.
- Relaciones interpersonales: no confían en los demás, sienten inseguridad y prefieren mantener distancias de los otros.
- Sienten miedo a la intimidad. Dificultad para depender de otras personas.

En los estilos de Apego de los padres se pueden distinguir:

- Padres seguros o autónomos: se muestran sensible a las llamadas del niño y permiten la cercanía y el contacto.
- Padres preocupados: atienden y permiten el acercamiento del niño de forma imprevisible, solo en algunas ocasiones.
- Padres rechazantes: se muestran insensibles e impiden la cercanía con el niño.

Diversos estudios (Bretherton, 1999; Eames & Roth, 2000, Hillard; Henry & Strupp, 2000; Kanninen, Salo & Punamäki, 2000; Mallinckrodt, 2000) demuestran que es posible modificar los patrones de apego hacia un patrón más seguro y autónomo, a través de:

- La mediación de un agente externo (psicoterapia o intervenciones médico-psicológicas).
- El establecimiento de una relación de pareja satisfactoria.
- La experiencia de la maternidad.

4.4.1 Importancia del Apego

Desde el modelo teórico propuesto por Bowlby, el apego es el resultado de un proceso que ocupa, básicamente, el primer año de vida. Se define como el vínculo o lazo afectivo que se establece entre el bebé y un número reducido de personas, que impulsa a éste a buscar la proximidad y el contacto con ellas a lo largo del tiempo

Estudios demuestran que en los niños que desarrollen apego seguro, es posible predecir un desarrollo saludable, autoestima positiva, identidad integrada, éxito educacional, capacidad para enfrentar situaciones de estrés (Fonagy, 2001), mayor capacidad de resistencia, autoconfianza, adecuado desarrollo social, empatía y relaciones más profundas. Si se quiere iniciar un camino adecuado para la construcción de apegos seguros, los adultos deben estar en condiciones de interpretar de forma conveniente estas conductas porque se trata de las primeras señales comunicativas que tiene el bebé para hacer saber a los demás cómo se siente. Estos recursos se ponen en juego en las interacciones que de forma temprana tienen lugar entre el bebé y sus cuidadores. Si, por el contrario, esas señales no son atendidas adecuadamente por quienes se convertirán, en un futuro inmediato, en figuras de apego, se puede asegurar, en un alto porcentaje que las interacciones no van a tener una buena base.

La sensibilidad parental no es una condición genética inherente al adulto, por el contrario, la sensibilidad adulta es susceptible de ser modificada siempre que estemos en condiciones de transformar algunas de las variables responsables de la misma. De aquí el valor que pueden tener los programas de prevención primaria dirigidos a los padres y sus hijos pequeños.

Por otra parte, el apego inseguro afecta a la capacidad de establecer relaciones gratificantes, la formación de la identidad y la reacción frente a situaciones de estrés. (Fonagy, 2001).

Afortunadamente, los estudios realizados sobre la distribución de patrones de apego en poblaciones normales en distintos países del mundo señalan que la mayoría de los niños exhiben un patrón de apego seguro (se estima que un 65%), que un 20%

aproximadamente tienen una vinculación insegura-evitativa y entre un 10% y un 15% establecen un apego ambivalente. El apego desorganizado suele ser más frecuentemente en poblaciones de alto riesgo aunque también aparecen casos aislados en poblaciones normales. Se estima que un 80% de los niños que han sufrido alguna forma de maltrato tienen un patrón desorganizado de vinculación (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braúnwald, 1989); también se han detectado porcentajes elevados de este tipo de apego en poblaciones compuestas por madres afectadas de depresión o alcoholismo y en familias en que se dan graves problemas de pareja (DeMulder y Radke-Yarrow, 1991).

Las diferencias individuales en la vinculación afectiva, como ya se ha señalado, tienen su origen en las interacciones tempranas y en el modo en que ellas se manejen durante el primer año de vida. El modelo ecológico y transaccional del desarrollo humano, mencionado anteriormente, proporciona un marco explicativo, que permite entender el proceso de formación de la vinculación desde el ámbito de la prevención y promoción del desarrollo infantil.

4.5 La participación de padres, familias y comunidad en la Educación

El trabajo con los padres constituye un ámbito de actuación muy amplio que está recibiendo cada vez una atención mayor. Siguiendo a Sánchez-López (2007), en un primer momento el trabajo de los padres era totalmente pasivo, imponiéndose el modelo de los profesionales como expertos. En un segundo momento, se convirtieron en mediadores, participando de una forma muy limitada en la toma de decisiones. En la actualidad juegan un papel activo fundamental, son objetivos clave en la intervención que se realiza con sus hijos.

Cada vez se extiende más la idea de que la intervención no debe ir dirigida al niño en exclusiva, sino que la familia puede y debe ser también partícipe de la atención profesional (Arizcun y Retortillo, 1999). En los primeros momentos del desarrollo infantil, las principales figuras adultas de apego, juegan un papel esencial dotando al niño de un contexto decisivo para la construcción de numerosos aprendizajes (Spitz, 1961; Piaget, 1981; Bowlby, 1993; Brazelton y Cramer, 1993). Las familias que tienen

un hijo con un trastorno o retraso en su desarrollo afrontan la crisis inicial que se deriva de este hecho, diferentes momentos de conflicto y adaptaciones a lo largo del crecimiento del niño, requiriendo un apoyo y asesoramiento profesional para abordar estas situaciones de cambio de la forma más sana posible (Olacia, 2005:609).

López, H, (2011) señala en su tesis doctoral que el diagnóstico de “posible deficiencia” en estas etapas tan tempranas, puede llegar a provocar en los padres sentimientos de rechazo, rompiendo con el vínculo iniciado, pudiendo ocasionar mayores dificultades y/o problemas socioafectivos. Por ello, desde la AT, debe ser objetivo primordial, ayudar a los padres a crear y mantener un vínculo estable y seguro que facilite las mejores condiciones de crecimiento y bienestar para el niño que presenta algún retraso o alteración en su desarrollo.

El libro de AT advierte sobre la necesidad de ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando reestablecer el feed- back en la relación padres-niño (GAT, 2000:26).

En definitiva, la atención a los padres se convierte en una parte fundamental de la intervención. Son potencialmente los mejores y más eficaces estimuladores (Gútiez, 2001). Antes que funcionar con un modelo de experto, la función del equipo de AT debe ser la de dar soporte, ayuda y asesoramiento a los padres, principales agentes educativos, y no al contrario.

Dentro de las tendencias actuales frente al tema de la educación, existe una tendencia, hacia una mayor participación de los padres, familias y comunidades, dejando en evidencia la relevancia que tiene la participación de la familia como sistema directamente influyente en el desarrollo educacional del niño. Según la OCDE “las familias y las comunidades pueden apoyar el desarrollo y el aprendizaje tempranos de los niños pequeños”. Además las investigaciones neurológicas y de las ciencias del aprendizaje revelan que existen valiosas oportunidades para estimular el desarrollo y el

aprendizaje en los primeros años de vida. (Shore, 1997; OCDE, 2001)

La incorporación de la participación de los padres tiene como objetivos:

- Aprovechar los conocimientos que tienen ellos de sus hijos.
- Fomentar la continuidad del aprendizaje en el hogar.
- Fomentar las actitudes positivas hacia el aprendizaje infantil.
- Suministrar a los padres información y recomendaciones sobre otros servicios.
- Apoyar la adquisición de poder de los padres y las comunidades.

Los niños que reciben cuidados y educación de alta calidad en sus primeros años de vida muestran mejores aptitudes cognitivas y de lenguaje que aquellas en entornos de menor calidad (Bowman et al., 2000) y, por otra parte, la mejora en la calidad de la educación que se le entregue a ésta población de niños, no se soluciona con la mera ampliación de la oferta educativa, menos si se trata de beneficiar a los medios sociales desfavorecidos, para ellos se deben emprender reformas que contengan medidas cualitativas, mejoras en el entorno y potenciar el núcleo de la familia.

La investigación educativa ha aportado una concepción distinta de lo que debería ser la educación en las edades más tempranas y de quienes son sus protagonistas. Un papel crucial es el que la familia desempeña con el apoyo de la escuela.

Por tanto familias y centros educativos comparten los objetivos de acompañar, guiar y estimular el desarrollo psicológico infantil a través de diferentes experiencias educativas que favorezcan que el desarrollo se realice de manera integral (Ministerio de Educación de España, 1990, Libro Blanco de la Reforma).

III. MARCO EMPÍRICO

1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La mayoría de los métodos de investigación educativa son descriptivos, es decir, tratan de descubrir e interpretar lo que es (Best, 1972).

De acuerdo con Best (1972) la Investigación descriptiva se preocupa de las condiciones o relaciones que existen: de las prácticas que prevalecen, de las creencias, puntos de vista o actitudes que se mantienen; de los procesos en marcha; de los efectos que se sienten o de las tendencias que se desarrollan. A veces, la investigación descriptiva se preocupa de cómo lo que es o lo que existe se relaciona con algún hecho precedente que ha influido o afectado a un suceso o condición presente.

Puesto que la educación se relaciona principalmente con el crecimiento físico, social, intelectual y emocional del individuo, los estudios descriptivos continúan ocupando un lugar central en las metodologías usadas por el investigador educativo.

1.1 Diseño de la investigación

1.1.1 Método descriptivo

Dentro del ámbito de la investigación sociológica, se encuentra el método descriptivo, que está indicado para trabajar sobre hechos y realidades: registra, analiza e interpreta la realidad que se ha observado y estudiado.

Este método nos describe una serie de realidades que pueden ser elementos de estudio para investigadores. Se observan a individuos, grupos e instituciones, métodos y materiales con el fin de describir, comparar, contrastar, clasificar, analizar e interpretar las entidades y los acontecimientos que constituyen sus diversos campos de investigación.

En nuestro caso, hemos observado a un grupo de padres, madres y/o cuidadores participantes del programa de AT denominado “Juguemos con nuestros hijos” que tiene la particularidad de que el trabajo de estimulación se realiza en conjunto con los padres y los niños en el aula.

A lo largo del programa, que tiene una duración de 9 meses (marzo a diciembre), hemos apreciado cambios notorios en los menores pero también hemos notado interesantes cambios en las actitudes de los adultos que se relacionan con el niño/a en cuanto a sus habilidades y destrezas para enfrentar la tarea de educar y criar. Para constatar este cambio y contrastar este hecho, hemos elaborado un cuestionario para los padres y/o cuidadores, el cual ha sido aplicado en dos momentos: al inicio del programa en marzo 2011 y al finalizar el programa en diciembre 2011. En la primera aplicación, contamos con la participación de 45 padres, madres y/o cuidadores que en una segunda instancia se redujeron a 33 adultos.

En este caso, hemos realizado lo que en la investigación descriptiva se denomina estudio de seguimiento o estudio de grupos, respondiendo a un método longitudinal prospectivo, es decir, que recopila información de un mismo grupo a lo largo de un período, es este caso, en una evaluación inicial, en marzo 2011 y luego en una evaluación final en diciembre 2011. La dificultad con la que nos encontramos con este método es lo que Cohen (1990: 105) denomina “mortalidad de la muestra”: inevitablemente, durante el curso de un estudio de grupos a largo plazo, los sujetos desaparecen, se pierden o rehúsan una posterior cooperación. Esta situación la vivenciamos en nuestra investigación, teniendo una deserción de 10 familias, es decir, sólo el 77% de la población encuestada se mantuvo en el Programa, participando de ambas instancias de evaluación, tanto en la inicial como en la final.

Por otra parte, en esta investigación hemos recurrido a instrumentos tanto del método cuantitativo como del método cualitativo.

Del método cuantitativo hemos seleccionado el cuestionario como instrumento de trabajo.

Del método cualitativo hemos seleccionado la entrevista como instrumento de trabajo.

El método cuantitativo tiene su propia peculiaridad pero siempre con cierta limitación. En las investigaciones sobre temas, opiniones o prácticas personales, como es nuestra investigación sobre habilidades parentales, el análisis cuantitativo resultaría insuficiente.

Mirando una investigación americana señalada en la tesis doctoral de Ruiz –Alberdi Fernández (2008), sobre “la mujer y su salud reproductiva” observamos que los investigadores justifican la necesidad de los dos análisis, el cuantitativo y el cualitativo: “La investigación cuantitativa tiende a abordar la subjetividad mediante el uso de instrumentos que dan respuestas reproducibles y fiables a preguntas particulares acerca de algún aspecto del mundo observable. Podría decirse que la investigación cuantitativa ilumina un lugar único con un solo haz de luz intensa”. (Flick, 2004: 47).

La investigación cuantitativa nos permite conocer los hechos y sus realidades, pero el análisis cualitativo nos permite conocer la experiencia humana: “Para comprender algo de verdad tenemos que conocer no solo los hechos sino también la experiencia humana relativa a esos hechos. La investigación cualitativa tiene que ver con significado: la forma en que las personas interpretan su experiencia y cómo usan esas interpretaciones para guiarse en la forma de vivir. Los métodos cualitativos se han elaborado en gran medida en las ciencias sociales, donde constituyen elementos clave para la investigación de campo, observación, descripción y explicación”. (Flick, 2004: 52).

Gracias a la investigación cualitativa, a través de las entrevistas, pudimos conversar con los adultos investigados pero siempre teniendo en cuenta lo que dicen algunos autores: “Los investigadores cualitativos no son intervencionistas. Intentan ver lo que hubiera ocurrido si ellos no hubieran estado presentes. Durante el trabajo de campo, tratan de no llamar la atención, ni hacia sí mismos ni hacia su trabajo. Una vez en sus sitios, se esfuerzan por evitar crear situaciones para comprobar sus hipótesis. Intentan observar lo corriente, y observarlo lo suficiente”. (Flick, 2004: 53).

Nuestra intención ha sido cumplir con lo dicho anteriormente, pero lo que no podemos ocultar es que durante las entrevistas ha sido la etapa de la investigación que más hemos disfrutado.

También reconocemos que hemos necesitado del análisis cuantitativo y del cualitativo porque se complementan y ambos han sido de una gran utilidad en el diseño de esta investigación. “Ni la investigación cuantitativa ni la cualitativa es inherentemente mejor. El tipo de información que se necesita de un estudio en particular debe ser lo que determine el enfoque que se va a usar. En muchas situaciones, la combinación de métodos de investigación cuantitativa y cualitativa aumenta la comprensión en varios niveles. La cuestión clave es si las conclusiones sacadas se derivan en definitiva de datos sistemáticos y sólidos desde el punto de vista científico”. (Flick, 2004: 53).

Después de la recogida de datos se dio paso a los análisis y la interpretación de estos. Por último se confirmó la hipótesis para llegar así a unas conclusiones que esperamos puedan ser un aporte en la mejora de la práctica del programa “Juguemos con nuestros hijos”.

2. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO SOCIOCULTURAL DONDE SE DESARROLLA EL PROGRAMA INVESTIGADO

El Programa “Juguemos con nuestros hijos” se desarrolla desde el año 2006, en Santiago de Chile, en sectores de bajos recursos y riesgo social. Para una mayor comprensión del contexto sociocultural donde se desarrolla nos parece importante presentar la realidad de las familias chilenas que a continuación se detalla.

En el informe de la Infancia chilena publicado en el año 2010 (Unicef, 2010) se señala que la familia biparental, nuclear y extensa sigue siendo la predominante en la sociedad chilena, su proporción se ha reducido fuertemente entre los años 1992 y 2002.

En los hogares con niños y niñas menores de 10 años, aumentaron fuertemente la

jefatura femenina en el mismo período, así como lo hicieron hogares a cargo de una madre sola y aquellos a cargo de un padre solo, aunque desde niveles muy inferiores.

Algunos progresos familiares que juegan a favor del desarrollo integral de la infancia, por otra parte, son la disminución de las tasas de pobreza en hogares con niños y niñas, el aumento de la escolaridad de los padres y las madres, el aumento de las tasas de lactancia materna exclusiva y las mejoras en el equipamiento de los hogares.

Otro factor protector del desarrollo integral infantil es la alta importancia que los padres y las madres le asignan al bienestar de los niños y niñas, dedicando esfuerzos, energía y recursos a su cuidado y protección.

Por su parte, se percibe también en las familias una tendencia incipiente a la incorporación de los padres, quienes se estarían involucrando más con la crianza y la educación de sus hijos e hijas.

Desde una perspectiva menos positiva, las extensas jornadas laborales, la poca flexibilidad horaria y el largo tiempo ocupado en desplazamientos desde y hacia el lugar de trabajo, atentan contra el tiempo necesario para compartir en familia.

Otro aspecto preocupante dice relación con el aumento del embarazo y la paternidad en adolescentes, que han mostrado un fuerte crecimiento y constituyen situaciones de riesgo tanto para las madres como para los niños y niñas.

Por último, una situación que no puede eludirse es la vulneración de derechos de muchos niños y niñas chilenos. La alta incidencia del maltrato infantil, el trabajo infantil, incluyendo el de niñas y niños que cuidan a hermanos cuando sus padres salen a trabajar, y el abandono, son vulneraciones a los derechos de la infancia a lo que las políticas de gobierno deben encontrar respuesta.

Las políticas y gestión pública a favor de la infancia

Las políticas y los programas públicos dirigidos a los niños y niñas también son parte del entorno del desarrollo infantil.

Chile tiene políticas sociales de larga data y consolidadas, que nos permiten exhibir buenos indicadores de desarrollo humano. Se destacan entre ellas las políticas de salud y educación, con redes de vasto alcance territorial.

Desde un punto de vista más amplio, por otra parte, existe experiencia creciente en gestión de redes sociales sectorial y territorialmente integradas. Chile Barrio y Chile Solidario son ejemplos ilustrativos.

Las políticas públicas de infancia, sin embargo, muestran fuertes descoordinaciones sectoriales y territoriales. No existen interrelaciones efectivas entre salud, educación, vivienda, trabajo, y los programas compensatorios de necesidades especiales

Que cada una de estas políticas o programas funcione bien en su propio ámbito es una condición necesaria, pero insuficiente, para lograr resultados integrales de desarrollo infantil.

No solo la integración sectorial es necesaria a este respecto. Ésta requiere, además de la integración territorial. Sin una parte activa en la región, provincia y comuna, la política de infancia no puede ser pertinente. Inversamente, la suma de políticas locales no asegura garantías universales.

Queda mucho por avanzar, también, en la rendición de cuentas a las familias y ciudadanía. Todos los que trabajan en pos del desarrollo de los niños y niñas deben rendir cuenta exhaustiva de sus acciones, sus esfuerzos y sobre todo sus resultados. Un modelo de gestión efectivo para un Sistema Integral a la Política de Infancia debe considerar mecanismos para que esto ocurra.

2.1 Descripción de la realidad chilena

2.1.1 Descripción general de Chile

Chile es un país de América, ubicado en el extremo suroeste de América del Sur. Su nombre oficial es República de Chile y su capital es la ciudad de Santiago.

Sus más de 17 millones de habitantes promedian índices de calidad de vida, crecimiento económico, desarrollo humano, PIB per cápita y porcentaje de globalización que le posicionan entre los más altos de América Latina. Respecto al PIB per cápita, corresponde a la ubicación número 54 del mundo.

El poder ejecutivo, o más propiamente, el gobierno y la administración pública están encabezados por el Presidente de la República, que es el jefe de Estado y de gobierno. Desde marzo de 2010, este cargo ha sido ejercido por Sebastián Piñera. De acuerdo a la Constitución, el presidente permanece en el ejercicio de sus funciones por 4 años y no puede ser reelegido para el período siguiente.

El presidente de la República designa a los ministros de Estado, quienes son sus colaboradores directos e inmediatos en el gobierno y administración del Estado y funcionarios de su exclusiva confianza.

La administración regional corresponde a los Gobiernos Regionales, conformados por el respectivo intendente, nombrado por el presidente, y un Consejo Regional electo indirectamente. A su vez, el gobierno provincial está a cargo del correspondiente gobernador, también designado por el presidente. Por su parte, la administración local corresponde a las Municipalidades, compuestas por un alcalde y un concejo comunal, elegidos por votación popular.

El poder legislativo reside en el Presidente de la República y en el Congreso Nacional, de carácter bicameral, compuesto por:

- El Senado, constituido por 38 senadores elegidos por votación popular que

permanecen en el cargo por 8 años, con la posibilidad de ser reelectos en sus respectivas circunscripciones.

- La Cámara de Diputados, constituida por 120 miembros electos por votación popular que permanecen 4 años en sus cargos y también pueden ser reelectos en sus respectivos distritos.

Organización territorial

En octubre de 1979, Chile fue dividido políticamente en trece regiones, las que se subdividieron en provincias y éstas en comunas. En la actualidad, el país cuenta con 15 regiones, 54 provincias y 346 comunas en total. Cada una de las regiones posee un número romano asignado originalmente de acuerdo a su orden de norte a sur, a excepción de la Región Metropolitana de Santiago, establecida con posterioridad. Con la creación de dos nuevas regiones, en abril de 2007, la numeración perdió dicho sentido. A continuación se nombran y describen las regiones:

Tabla N° 7: Organización territorial de Chile

N.º	Región	Capital	Superficie	Población (2)
XV	Arica y Parinacota	Arica	16.873,3 km²	187.348
I	Tarapacá	Iquique	42.225,8 km²	300.301
II	Antofagasta	Antofagasta	126.049,1 km²	561.604
III	Atacama	Copiapó	75.176,2 km²	276.48
IV	Coquimbo	La Serena	40.579,9 km²	698.018
V	Valparaíso	Valparaíso	16.396,1 km²	1.720.588
RM	Metropolitana de Santiago	Santiago	15.403,2 km²	6.745.651
VI	Libertador General Bernardo O'Higgins	Rancagua	16.387,0 km²	866.249
VII	Maule	Talca	30.296,1 km²	991.542
VIII	Biobío	Concepción	37.068,7 km²	2.009.549
IX	La Araucanía	Temuco	31.842,3 km²	953.835
XIV	Los Ríos	Valdivia	18.429,5 km²	376.704
X	Los Lagos	Puerto Montt	48.583,6 km²	815.395
XI	Aisén del General Carlos Ibáñez del Campo	Coyhaique	108.494,4 km²	102.632
XII	Magallanes y de la Antártica Chilena (1)	Punta Arenas	132.291,1 km²	157.574
Total			756.096,3 km²	16.763.470

(1) Incluido el Territorio Chileno Antártico, su superficie alcanza los 1.382.291,1 km²

(2) Estimada al 30 de junio de 2008, según proyecciones del INE.

Evolución censal de la población chilena (1835-2050)

Según el último Censo realizado en el año 2012, Chile tiene una población de 16.572.475 habitantes, de los cuales 8.059.148 millones son hombres y 8.513.327 son mujeres.

El crecimiento de la población se ha reducido durante los últimos años. En 1895, la población alcanzaba los 2,7 millones, la que creció a los 5 millones en 1940 y a los 13,5 millones habitantes en 1992. Aunque la población de Chile se quintuplicó durante el siglo XX, la tasa de crecimiento intercensal 1992-2002 fue del 1,24% anual, la que se espera siga bajando durante los próximos años.

Debido a las mejoras en las condiciones de vida de la población, la esperanza de vida de los chilenos, la más alta de América del Sur en 2011, ha aumentado a los 77 años en el período 2000-2005. En 2007, según el Instituto Nacional de Estadísticas, la tasa bruta de natalidad alcanzó el 15,3% y la de mortalidad el 5,6%, con una tasa de crecimiento natural del 9,7%, mientras que la tasa de mortalidad infantil fue del 7,9%. Estas cifras permiten establecer un proceso de envejecimiento de la sociedad chilena en la que la mayor parte de la población tendrá sobre 35 años en 2020, superando al grupo etáreo joven, dominante en este momento. Así, en 2025, la pirámide de población se convertirá en un perfil campaniforme producto del proceso de transición demográfica que vive el país.

Composición étnica

Tabla N°8: Pertenencia a los pueblos indígenas (Censo 2002)⁴

Pueblo indígena	Cantidad	Porcentaje de la población chilena
Aimara	48.501	0,32%
Atacameño	21.015	0,14%
Kawésqar	2.622	0,02%
Kolla	3.198	0,02%
Mapuche	604.349	4,00%
Quechua	6.175	0,04%
Rapa Nui	4.647	0,03%
Yagán	1.685	0,01%

Como se observa en la Tabla N°8, el grueso de la población chilena pertenece a dos grandes grupos étnicos, criollos y mestizos, que, juntos, constituyen alrededor del 95% de la población. Los criollos provienen principalmente de la antigua inmigración española y de las inmigraciones europeas ocurridas desde el siglo XVIII hasta el siglo XX. La población mestiza proviene fundamentalmente de la mezcla entre españoles de orígenes castellanos, extremeño y vasco e indígenas pertenecientes, principalmente, a los pueblos changos y picunche, desaparecidos durante la época colonial, así como atacameño, diaguita y mapuche.

Según el censo de 2002, un 4,58% de la población chilena, unas 700 mil personas, se declaró indígena y perteneciente a uno de los ocho grupos étnicos reconocidos en la legislación vigente. De acuerdo a estudios genéticos, en el país ya no existen poblaciones indígenas puras.

En 1848 se emprendió la colonización alemana, patrocinada por el gobierno chileno para poblar el sur del país. Con el tiempo, ella influenció la composición cultural de gran parte del sur chileno. Otras personas, provenientes de Europa y el Medio Oriente, arribaron principalmente a los puertos y a los extremos norte y sur de Chile durante los siglos XIX y XX, incluyendo británicos, croatas, españoles, franceses, griegos, irlandeses, italianos, neerlandeses, suizos, israelitas y palestinos.

⁴ Los resultados oficiales del Censo 2012 realizados entre los meses de abril-julio 2012, al momento de finalizar esta tesis aún no habían sido publicados, por lo que muchos datos expuestos en este capítulo pertenecen al Censo 2002.

Actualmente, la inmigración de países vecinos a Chile es la más importante y, desde 2004, ésta se ha incrementado en un 50% hasta un estimado de 366 mil personas a septiembre del 2010, principalmente provenientes de Perú (136.819), Argentina (61.563), Bolivia (24.917), Ecuador (19.784) y Colombia (14.029).

A pesar que la emigración ha disminuido durante la última década, aún se estima que 858 mil chilenos y descendientes de chilenos viven en el exterior, de los cuales un 50,1% estaría en Argentina, un 13,3% en Estados Unidos, un 4,9% en Suecia, un 4,4% en Canadá y un 3,9% en Australia.

Dentro del país, la movilidad de la población se ha acrecentado durante las últimas décadas provocando una migración masiva desde los campos hacia las grandes ciudades del país. Mientras que en las regiones del centro-sur chileno más del 80% de su población nació en la misma región (como en la del Biobío, donde alcanza el 86,11%), en la Metropolitana de Santiago solo lo es el 71% de la población y, en las regiones extremas, como en la de Magallanes, esta cifra llega solo al 55%.

Urbanización

De acuerdo al último censo, 13.090.113 chilenos, equivalentes al 86,59% del total nacional, vivían en zonas urbanas. Las regiones con mayor tasa de urbanización corresponden a las zonas extremas (97,68% en la región de Antofagasta, 94,06% en la de Tarapacá y 92,6% en la de Magallanes) y a las zonas industrializadas del Valle Central (96,93% en la región Metropolitana y 91,56% en la de Valparaíso). En tanto, 2.026.322 personas, equivalentes al 13,41% de la población total, vivían en zonas rurales dedicadas principalmente a la agricultura y la ganadería, concentrándose en las regiones del centro-sur del país, especialmente en las regiones del Maule (33,59%), de La Araucanía (32,33%) y de Los Lagos (31,56%).

Desde mediados de los años 1920, se inició un fuerte proceso de emigración de habitantes de zonas rurales hacia las grandes ciudades en búsqueda de mejores condiciones de vida. Así, éstas comenzaron a crecer y a expandirse formando grandes

áreas metropolitanas y conurbaciones. El caso más notorio es el de la capital del país, Santiago de Chile que, con 5.428.590 habitantes, albergaba al 35,9% de la población nacional en 2002. En 1907, era habitada por 383 mil habitantes, aumentando a 549.292 en 1920, cuando representaba el 16% del total nacional; sin embargo, en los años siguientes, la explosión demográfica hizo que la ciudad se expandiera hacia las zonas rurales absorbiendo antiguas localidades campesinas, como Puente Alto y Maipú, que son las dos comunas más pobladas de Chile. En la actualidad, Santiago es una moderna ciudad, la séptima más grande de América Latina y una de las cincuenta más grandes del mundo.

Sociedad

A pesar de los buenos indicadores económicos de Chile y la notable reducción de los niveles de pobreza que, según el informe del Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile (encuesta CASEN⁵), se redujo desde un 38,6% en 1990 a un 15,1% en 2009, del cual un 3,7% corresponde a indigentes y 11,4% a personas viviendo por debajo de la línea de pobreza, aún se da una desigual distribución de ingresos entre la población, lo que genera una gran brecha social entre ricos y pobres. El quintil más rico del país gana 13,10 veces lo que recibe el quintil más pobre.

Economía

La economía chilena es conocida internacionalmente como una de las más sólidas del continente.

A pesar que a lo largo de su historia ha enfrentado diversos períodos de crisis, en los últimos años ha tenido un importante y sostenido crecimiento.

En 2010, se estimaba que la mano de obra total del país ascendía a 7.580.000 personas. En 2005, el 13,2% de los trabajadores se ocupaba en la agricultura, el 23% en la industria y el 63,9% en servicios. La baja participación laboral de la mujer, la menor en América Latina, dificulta la reducción del desempleo. Además, existe una gran

⁵ Casen: “Encuesta de caracterización socioeconómica nacional”

diferencia salarial entre hombres y mujeres, a pesar de los avances en esta materia en los últimos años.

Por otro lado, Chile se ha convertido en plataforma de inversiones extranjeras para otros países de América Latina y muchas empresas han comenzado a instalar sus sedes corporativas en Santiago. También tiene una importante presencia en inversiones en el sector servicios en Latinoamérica.

Según datos del Banco Mundial de 2009, tanto la capitalización del mercado del país, también llamada valor de mercado, que llegó a más de USD 209.475 millones, como la inversión extranjera directa, que alcanzó una cifra de más de USD 12.701 millones, se encuentran entre las más altas de América Latina. En 2010, Chile fue clasificado como un país de renta media-alta por el Banco Mundial.

En la actualidad, cuenta con diversos tratados firmados con la Unión Europea, Estados Unidos, Corea del Sur, China y el Acuerdo P4, sus principales socios comerciales. Asimismo, está integrado a diversos foros económicos, como la APEC⁶, y es miembro asociado del MERCOSUR⁷ y la Comunidad Andina. En mayo de 2010, Chile se convirtió en el primer miembro pleno de la OCDE⁸ en Sudamérica y segundo en América Latina, tras México, debido al reconocimiento en los avances económicos de las últimas décadas, al desarrollo social y a la fuerte reestructuración institucional, que han llevado a Chile a ubicarse en la treintena de miembros de esta organización, que agrupa a las principales economías industrializadas del mundo.

Actualmente, el país es un mercado abierto al mundo, con una economía caracterizada por la exportación y la explotación de materias primas. Conforme a datos publicados por la Agencia Central de Inteligencia, CIA, durante 2010, las exportaciones (cobre, fruta, productos pesqueros, papel y pulpa de celulosa, químicos y vino) llegaron a los USD 64.280 millones, mientras que las importaciones (petróleo y productos derivados, químicos, artículos eléctricos y de telecomunicaciones, maquinaria industrial, vehículos y gas natural) alcanzaron una cifra de USD 54.230 millones. Por

⁶ APEC: “Foro de cooperación económica Asia-Pacífico” (APEC por su sigla en inglés)

⁷ MERCOSUR: “Mercado común del sur”

⁸ OCDE: “Organización para la cooperación y el desarrollo económicos”

otro lado, la deuda pública llegó a un 6,20% del Producto Interno Bruto (PIB) y la deuda externa, a USD 84.510 millones.

El principal producto comercial es la minería del cobre, el cual satisface el 36% del mercado mundial, aunque también es importante la explotación de otros recursos, como hierro, molibdeno, nitrato, oro y plata. En la actualidad, la extracción cuprífera representa el 30% de las exportaciones del país, la que en 1970 llegaba a más del 60% de éstas.

La agricultura y la ganadería son las principales actividades de las regiones del centro y del sur del país. Los principales productos de la agricultura chilena son los cereales, las frutas y las verduras. La exportación de estas dos últimas ha alcanzado niveles históricos al abrirse las puertas de los mercados asiáticos y europeos; lo mismo ha sucedido con productos de la explotación forestal, pesquera y de crustáceos. Un ejemplo de esto es que, durante los últimos años, Chile ha alcanzado a Noruega, el principal exportador del mundo de salmón y se ha convertido en uno de los países más importantes en el rubro vitivinícola, donde se ubicó como quinto exportador y octavo productor del mundo en 2009. En 2005, la agricultura ocupaba al 13,2% de la mano de obra chilena.

Desde mediados de los años 1990, el turismo se ha convertido en uno de los principales recursos económicos de Chile, especialmente en las zonas más extremas del país. Durante el año 2005, este rubro tuvo un crecimiento de un 13,6%, generando más de USD 1.500 millones, equivalentes al 1,33% del PIB nacional.

Según cifras del Servicio Nacional de Turismo (Sernatur), dos millones y medio de personas ingresan al año a Chile, lo que aún es significativamente menor al número de turistas que llegan a otros países de la región, como Brasil o México. La mayoría de estos visitantes provienen de países del continente, principalmente Argentina; sin embargo, el mayor crecimiento en los últimos años corresponde al de visitantes de Europa, principalmente de Alemania, España y Francia, que llegó a los 414 mil, aproximadamente, en 2007. Según datos de la Organización Mundial del Turismo, OMT, llegaron 2.750.000 turistas al país en 2009. Durante el primer trimestre de 2011, entraron más de 1.043.000 turistas al país, lo que significó un aumento del 9,2% con

respecto al mismo período del año anterior.

Conectividad

En 2009, tanto la tasa de penetración de Internet, con cerca de 8.400.000 usuarios (50,4% de la población total), como la de penetración de banda ancha, con más de 1.600.000 suscriptores (9,7% del total nacional), se encontraron entre las más altas de América del Sur. Según el informe sobre el desarrollo humano 2010, elaborado a partir de datos de 2008 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, en Chile había 32,5 usuarios de Internet por cada cien personas.

Realidad de la Educación Chilena

En la educación chilena se distinguen los niveles parvulario: Pre- kinder y kinder, básico: 1° a 8° básico, secundario: I a IV Medio y superior: Institutos profesionales y Universidades. Todos los niveles están estando regidos por la Ley General de Educación del año 2009; siendo obligatorios la educación básica y secundaria, asegurando 12 años de escolaridad a la población.

El sistema educativo se caracteriza por estar descentralizado; los municipios o entes privados se encargan de la administración de los establecimientos educacionales de los niveles de educación primaria y secundaria. También hay organismos descentralizados que administran establecimientos de educación preescolar y universidades autónomas encargadas de la educación superior. Los establecimientos escolares, según su dependencia, son denominados: municipales, particular subvencionados (el colegio es sostenido económicamente por el estado y por privados, de manera conjunta) y privados.

En la Tabla N°9, presentada a continuación, se describe la escolaridad de la población por quintil de ingreso, donde I es el más pobre y, el V, el más rico.

Tabla N°9: Escolaridad de la población chilena por quintil de ingreso

CASEN 2009	I	II	III	IV	V	Total
Sin Educación Formal	174.271	111.92	94.871	52.251	25.354	458.667
Básica Incompleta	616.92	491.792	405.171	250.505	101.472	1.865.860
Básica Completa	398.893	365.409	308.24	238.331	112.832	1.423.705
Media Humanista Incompleta	454.363	500.548	464.528	371.311	202.569	1.993.319
Media Técnico Profesional Incompleta	116.159	117.573	102.544	75.977	51.996	464.249
Media Humanista Completa	461.791	622.14	658.372	688.926	436.635	2.867.864
Media Técnico Completa	153.217	223.857	254.177	237.278	143.875	1.012.404
Técnica o Universitaria Incompleta	122.309	178.751	230.238	326.337	421.311	1.278.946
Técnica o Universitaria Completa	53.954	100.04	175.579	381.538	900.152	1.611.263
Total	2.551.877	2.712.030	2.693.720	2.622.454	2.396.196	12.976.277

Fuente: www.casen.cl

Respecto a la tasa de término de la enseñanza primaria, el año 2009, el 91,1% de los alumnos que ingresan a 1° grado finalizan la enseñanza primaria, siendo levemente mayor la tasa de las mujeres (3,1 puntos porcentuales), fenómeno que se da en todas las regiones del país.

Durante el período 1990-2009, la tasa de alfabetización de la población de 15 a 24 años de edad, se ha mantenido alta, sobre el 98,4 y 98,7% respectivamente.

Respecto a la educación preescolar, la tasa de matrícula de niños entre 0 y 3 años muestra una tendencia al aumento constante, desde el 5,4% en el año 1990 al 11,3% en el año 2000, 17% en el 2006; hasta alcanzar el 19,2% promedio en el país en el año 2009; siendo levemente mayor en las mujeres.

La tasa de matrícula neta en el primer y segundo nivel de transición de la educación preescolar (comprende los niveles que anteceden a la enseñanza general básica y que corresponden a primer nivel de transición o prekínder, al que asisten párvulos de 4 a 5 años y el segundo nivel de transición o kínder, donde asisten párvulos desde los 5 hasta los 6 años) ha incrementado desde el 40,1% hasta 74,1% en los últimos 20 años. En el año 2000 se incrementó al 56,1%, en el 2006 tuvo un incremento mayor y alcanzó al 74,6% y entre 2006 y 2009, registra una disminución de 0,5 puntos porcentuales.⁹

Respecto a la tasa de conclusión de la Enseñanza Media, el promedio nacional se encuentra en 80%. En el año 1990 esta cifra alcanzaba el 52,7%, la cual se eleva a 61,8% en el año 2000 y, en el 2006, a 78,8%.

En los últimos años ha habido grandes cambios en educación. El acceso es prácticamente universal por lo que la mirada y las políticas públicas se centran, en la actualidad, en la equidad y en la calidad.

Chile ha progresado en lo que se refiere al acceso a la educación. Sin embargo, en relación con los resultados, aún se encuentra lejos del promedio de los países de la OECD. El desempeño en la evaluación PISA ha mejorado entre los años 2000 y 2006, no obstante, los puntajes de los jóvenes de 15 años en ciencias, lectura y matemáticas se encuentran significativamente por debajo del promedio de la OECD (se ubica en el lugar N° 38 de 56 países en ciencias y N°47 de 57, en matemáticas), lo que se da incluso en los resultados de los niños que asisten a colegios no subvencionados por el estado los cuales se encuentran levemente por sobre el promedio. En 2006, las diferencias en los resultados en la prueba PISA al interior del país eran explicadas, principalmente, por las diferencias socioeconómicas, lo que se dio en la mayoría de los países de la OECD.

Respecto a los resultados en el Sistema de Medición de la Calidad de la Educación (SIMCE), prueba que se aplica a nivel nacional a todos los estudiantes de cuarto básico y en 8° básico y II medio, no existió variación significativa hasta el año 2010. En esta medición, los resultados presentan una relevante mejora:

En 4° Básico se observa un aumento significativo de nueve puntos en el puntaje

⁹ Fuente: Departamentos de Estudios y Desarrollo, Ministerio de Educación. CASEN 2009.

promedio de Lectura respecto a la evaluación anterior. En las otras pruebas, los puntajes promedio se mantienen estables.

En Lectura, 45% de los estudiantes alcanza el Nivel Avanzado, 28% el Nivel Intermedio y 27% el Nivel Inicial. En comparación con la evaluación anterior, se observa un aumento significativo del porcentaje de estudiantes que alcanza el Nivel Avanzado y una disminución del porcentaje de estudiantes que se ubica en el Nivel Inicial.

En Educación Matemática, 28% de los estudiantes logra los aprendizajes descritos en el Nivel Avanzado, 36% se ubica en el Nivel Intermedio y 36% de los estudiantes en el Nivel Inicial.

En Comprensión del Medio Social y Cultural, 21% de los estudiantes logra los aprendizajes descritos en el Nivel Avanzado, 37% se ubica en el Nivel Intermedio y 42% de los estudiantes en el Nivel Inicial.

A nivel regional, en trece regiones se observa un aumento significativo del puntaje promedio de Lectura respecto de la evaluación anterior y en siete regiones en Comprensión del Medio Social y Cultural.

Los resultados por género muestran que, tanto hombres como mujeres, aumentan significativamente su puntaje promedio en Lectura y solo los hombres en Comprensión del Medio Social y Cultural. Al comparar los puntajes promedio, se observa que las mujeres obtienen mejores resultados en Lectura, mientras que, en Educación Matemática, los hombres logran resultados significativamente más altos que las mujeres.

En 2° Medio los puntajes promedio 2010 aumentan significativamente en Matemática y se mantienen estables en Lectura.

A nivel regional, tres regiones en Lectura y cinco regiones en Matemática, aumentan significativamente sus puntajes promedio respecto de la evaluación anterior.

Al analizar los resultados por género, se observa que los hombres aumentan en seis puntos su puntaje promedio de Matemática respecto de la evaluación anterior. Al comparar los resultados 2010 se observa que el puntaje promedio de las mujeres es significativamente más alto en Lectura y el puntaje promedio de los hombres más alto en Matemática.

En la prueba SIMCE Inglés aplicada, por primera vez en 3° Medio, el puntaje promedio nacional fue de 99 puntos en una escala de 20 a 180 puntos. Un 11% de estudiantes logra la certificación en el Nivel A2 del Marco Común Europeo para el Aprendizaje de Idiomas.

A nivel regional, la Región Metropolitana y las regiones de Magallanes y La Antártica Chilena, obtienen puntajes promedio y porcentajes de certificación superiores a los resultados nacionales.

En 3° Medio los resultados según género no muestran diferencias significativas.

Al analizar los resultados en los tres niveles evaluados por Dependencia Administrativa, se observa que las dependencias que obtienen puntajes promedio más altos varían según el Grupo Socioeconómico que se considere.

En los tres niveles evaluados el puntaje promedio es mayor mientras más alto es el grupo socioeconómico. Sin embargo, en los resultados de 4° Básico y 2° Medio, se aprecian diferencias significativas y positivas en algunos de los resultados de los grupos socioeconómicos más bajos, respecto de la evaluación anterior.¹⁰

¹⁰ Fuente: Departamentos de Estudios y Desarrollo, Ministerio de Educación (MINEDUC) consultada en mayo 2011.

2.1.2 Descripción de Santiago de Chile: la capital

Santiago es la capital y principal núcleo urbano de Chile. La ciudad alberga los principales organismos administrativos, comerciales, culturales, financieros y gubernamentales del país, a excepción del Congreso Nacional, ubicado en Valparaíso. Además, es sede de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Aunque es posible concebirla como una única gran ciudad, Santiago no constituye una sola unidad administrativa sino que forma parte del territorio de 37 comunas, de las cuales 26 se encuentran completamente dentro del radio urbano y 11 con alguna parte fuera de él. La mayor parte de la metrópoli se encuentra dentro de la Provincia de Santiago, con algunas comunas dentro de las provincias de Chacabuco, Cordillera, Maipo y Talagante.

En 2002, la conurbación se extendía sobre 641,4 km² y tenía una población de 5.428.590 habitantes, lo que equivalía a cerca del 35,9% de la población total del país. De acuerdo con dichas cifras, Santiago, además, es la séptima ciudad más habitada de América Latina y, según algunas estimaciones, una de las 50 áreas metropolitanas más pobladas del mundo.

La metrópoli en los inicios del siglo XXI

A partir de los años 90, la ciudad de Santiago ya sobrepasaba los cuatro millones de habitantes, que habitaban preferentemente en la zona sur: La Florida era seguida en número de habitantes por Puente Alto y Maipú. El desarrollo inmobiliario en estas comunas y otras como Quilicura y Peñalolén se debió, en gran medida, a la construcción de conjuntos habitacionales para familias de clase media. En tanto, las familias de altos ingresos avanzaron hacia la precordillera, aumentando la población de Las Condes y dando origen a nuevas comunas como Vitacura y Lo Barnechea. Por otro lado, si bien la pobreza comenzó a bajar considerablemente, se mantuvo una fuerte dicotomía entre la urbe globalizada y los barrios marginales dispersos a lo largo de la capital.

Administración

A diferencia de otras grandes ciudades y áreas metropolitanas del mundo, Santiago de Chile carece de un gobierno metropolitano encargado de su administración, la cual actualmente es repartida por diversas autoridades.

Con la actual estructura territorial del país, éste se divide en tres niveles (regiones, provincias y comunas), pero Santiago no se ajusta perfectamente a ninguno de ellos. Aunque la Región Metropolitana de Santiago fue creada en 1976 a partir de la antigua provincia de Santiago, ésta incluye una serie de localidades alejadas de la urbe principal, como Melipilla o Talagante. A nivel provincial, el Gran Santiago sobrepasa los límites de la actual Provincia de Santiago, incluyendo a las de Cordillera, Maipo y Talagante. A nivel comunal, la ciudad está compuesta por una treintena de éstas.

En general, dos tipos de órganos son los que intervienen en la administración de la ciudad. Por un lado, están las treinta y seis municipalidades, encargadas de la administración local de cada comuna, dirigidas por un alcalde, quien es asesorado por un concejo, electos por votación popular; mientras que, por otro lado, el encargado de la administración superior de la Región Metropolitana es el Gobierno Regional, formado por el Consejo Regional, electo indirectamente, y el Intendente, que lo preside y es designado directamente por el Presidente de la República; además, al mismo Intendente le corresponde el gobierno de la región, como representante natural e inmediato del Presidente de la República, actuando como coordinador para las materias que afecten a varias comunas.

Cuando se creó la Región Metropolitana de Santiago, no se creó la figura de gobernador provincial, para la provincia de Santiago, y en su lugar quedó a cargo el propio Intendente. En 2001, se creó el cargo de «Delegado provincial», que ejerce las funciones de gobernador, en representación del Intendente, aunque posee un rol bastante menor, al igual que los propios gobernadores provinciales del país.

En la actualidad, la ciudad de Santiago se expande a lo largo de treinta y seis comunas; veintiséis de éstas están completamente urbanizadas y las restantes lo están de

manera parcial. La siguiente tabla muestra más detalles sobre las distintas comunas:

Tabla N°10: Comunas de la Región Metropolitana

Comuna	Ubicación	Población	Viviendas	Densidad de Población	Tasa de crecimiento demográfico	Pobrez a (%)
Cerrillos	Surponiente	71.906	19.811	4.329,08	-0,10	8,3
Cerro Navia	Norponiente	148.312	35.277	13.482,91	-0,48	17,5
Conchalí	Norte	133.256	32.609	12.070,29	-1,29	8,0
El Bosque	Sur	175.594	42.808	12.270,72	0,16	15,8
Estación Central	Surponiente	130.394	32.357	9.036,31	-0,75	7,3
Huechuraba	Norte	74.07	16.386	3.493,87	1,99	14,5
Independencia	Norte	65.479	18.588	8.824,66	-1,58	6,0
La Cisterna	Sur	85.118	22.817	8.477,89	-1,01	8,6
La Florida	Suroriente	365.563	97.137	9.356,62	1,12	9,6
La Granja	Sur	132.52	32.035	13.212,36	-0,06	14,2
La Pintana	Sur	190.085	44.394	6.189,68	1,21	17,2
La Reina	Nororiente	96.762	25.768	4.077,62	0,47	7,8
Las Condes	Nororiente	249.893	82.099	2.519,84	2,01	2,3
Lo Barnechea	Nororiente	72.278	16.124	1.318,22	4,93	8,1
Lo Espejo	Sur	112.8	24.896	13.349,11	-0,61	20,1
Lo Prado	Norponiente	104.316	26.361	15.926,11	-0,60	11,6
Macul	Suroriente	112.535	29.87	8.757,59	-0,68	13,4
Maipú	Surponiente	463.103	125.939	8.436,93	8,26	9,1
Ñuñoa	Nororiente	163.511	54.692	9.698,16	-0,53	4,3
Padre Hurtado	Surponiente	34.257	17.125	4.616,85	3,22	18,7
Pedro Aguirre Cerda	Sur	114.56	28.46	12.857,46	-1,22	6,3
Peñalolén	Suroriente	216.06	51.542	3.970,96	2,02	8,7
Pirque	Suroriente	4.855	1.343	397,30	4,57	9,1
Providencia	Nororiente	120.874	51.183	8.429,15	0,87	3,5
Pudahuel	Norponiente	192.258	47.902	10.728,68	4,18	7,1
Puente Alto	Suroriente	492.603	136.593	7.729,53	9,35	10,6
Quilicura	Norte	125.999	35.113	3.254,11	20,77	6,7
Quinta Normal	Norponiente	104.012	26.454	8.762,59	-1,06	10,8
Recoleta	Norte	148.22	36.606	9.357,32	-1,00	12,4
Renca	Norponiente	133.518	33.451	5.563,25	0,35	19,2
San Bernardo	Sur	237.708	60.723	4.605,85	2,93	20,9
San Joaquín	Sur	97.625	24.233	9.871,08	-1,44	7,4
San José de Maipo	Suroriente	2.477	777	429,29	1,49	11,1
San Miguel	Sur	78.872	22.655	8.122,76	0,48	2,5
San Ramón	Sur	94.906	22.16	14.898,90	-0,59	16,7
Santiago	Centro	200.792	99.155	8.654,83	-1,31	7,3
Vitacura	Nororiente	81.499	23.878	2.846,63	0,27	4,4

Fuente: www.wikipedia.com

Demografía

Según los datos recogidos en el censo de 2002, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas, la población del área metropolitana de Santiago alcanzaba los 5.428.590 habitantes, equivalente al 35,91% del total nacional y al 89,56% del total regional. Esta cifra refleja el amplio crecimiento en la población de la ciudad durante el siglo XX: en 1907 habían 383.587 habitantes, 1.010.102 en 1940, 2.009.118 en 1960, 3.899.619 en 1982 y 4.729.118 en 1992.

El crecimiento de Santiago ha experimentado diversos cambios a lo largo de su historia. En sus primeros años, tuvo una tasa de crecimiento de un 2,68% anual hasta el siglo XVII, bajando posteriormente a cifras menores al 2% anual hasta comienzos del siglo XX. A mediados de dicha centuria se produjo una explosión demográfica que se explica por cuanto, en su condición de capital, absorbió sucesivamente la migración desde los campamentos mineros del norte de Chile durante la crisis de los años 1930 y de población proveniente desde los sectores rurales entre los años 1940 y 1960, principalmente. La gran cantidad de migración sumada a la alta tasa de fertilidad en esa época se reflejaba en cifras de crecimiento anual que alcanzaron a un 4,92% entre 1952 y 1960. Sin embargo, desde fines de dicho siglo, las cifras de crecimiento se han reducido nuevamente, alcanzando el 1,35% a comienzos de los años 2000. De igual forma, el tamaño de la ciudad se ha expandido constantemente. Las 20.000 hectáreas que abarcaba Santiago en 1960, se duplicaron antes de 1980 y, en 2002, alcanzó las 64.140 hectáreas. Así, la densidad de población en Santiago es de 8.463,7 hab/Km².

La población de Santiago ha ido envejeciendo durante los últimos años, tanto por la disminución de la fertilidad como por la mejora en la calidad de vida. Para el año 2007 se estimaba que un 32,89% de hombres y 30,73% de las mujeres tenían menos de 20 años, mientras un 10,23% y 13,43% tenía sobre los 60 años, respectivamente. En contraste, en 1990 la cifra de menores de 20 años en total era de 38,04% y de mayores de 60, un 8,86%, y para el año 2020 se estima que ambas cifras serán de 26,69% y 16,79%.

4.313.719 personas en Chile afirman haber nacido en una de las comunas del Gran

Santiago según el censo de 2002, lo que equivale a un 28,54% del total nacional. De los actuales habitantes de Santiago, un 67,6% nació en las comunas del área metropolitana mientras un 2,11% es inmigrante extranjero.

Un 3,3% de la población de Santiago afirmó pertenecer a una etnia indígena: un 3,16% de los santiaguinos se considera mapuche, un 0,05% aimara, un 0,03% quechua y un 0,02% como rapa Nui.

Distribución de la población

Desde los años 1980, el desarrollo de conjuntos habitacionales para la clase media en la periferia desplazó gran cantidad de la población desde el centro urbano.

En la actualidad, gran parte de los habitantes se localizan en los sectores periféricos, teniendo las comunas de Puente Alto, La Florida (en el sector sureste) y Maipú (por el suroeste) sobre 400.000 pobladores cada una, duplicando la cantidad de habitantes de la comuna de Santiago. Al analizar las cifras de crecimiento demográfico, las comunas centrales como Santiago, Independencia o San Joaquín tienen cifras negativas, mientras las periféricas superan con facilidad el 4% e incluso el 20% como en el caso de Quilicura, en el extremo noroeste.

La expansión de la ciudad ha generado, también, la notoria diferenciación entre los distintos sectores de la ciudad. Así, por ejemplo, el sector nororiente (agrupando generalmente a las comunas de Providencia, Ñuñoa, La Reina, Vitacura, Las Condes y Lo Barnechea) se ha consolidado como el sector habitacional de la clase más acomodada, convirtiéndose en el lugar con mejor calidad de vida del país. Los sectores periféricos, tanto del suroeste como del sureste más Quilicura, se han desarrollado de la mano con el crecimiento de la clase media desde los años 1980, mientras las clases de menos recursos se localizan en diversas comunas del sector sur, norte y norponiente de la capital.

De acuerdo a la encuesta CASEN del año 2009, aproximadamente el 10,44% de los habitantes de Santiago viven bajo la línea de la pobreza. San Bernardo es la comuna con

mayor número de pobres, que alcanzan el 20,9% de su población, seguida por Lo Espejo con un 20,1%, Renca con un 19,2% y Padre Hurtado con un 18,7%. Las de más baja tasa son las del sector oriente que no superan el 5% en su conjunto y San Miguel que tiene un 2,5%, habitada preferentemente por población de clase media.

Economía

La ciudad de Santiago es el principal polo de desarrollo económico de Chile y uno de los más importantes de toda Latinoamérica. De acuerdo al Banco Central de Chile, el producto interno bruto de la Región Metropolitana en 2005 fue de 24.461.582 millones de pesos chilenos (aprox. US\$ 35.380 millones) y que era equivalente al 42,68% del PIB total nacional. Esta cifra, ajustada con la paridad de poder adquisitivo, aumenta a US\$ 91.000 millones lo que la ubica como la 53ª ciudad con más ingresos en el orbe y la quinta a nivel latinoamericano (tras Ciudad de México, Buenos Aires, São Paulo y Río de Janeiro).

Para 2020, su PIB alcanzaría los US\$ 160.000 millones con una tasa de crecimiento anual efectiva de 3,8% y, aunque mantendría su posición a nivel mundial, sería superada a nivel latinoamericano por Bogotá y se ubicaría solo un puesto arriba que la ciudad mexicana de Monterrey.

El 79,81% del producto interno bruto regional proviene del sector terciario destacando que un 26,16% del PIB se origina únicamente gracias a los servicios financieros y empresariales y un 13,99% debido al comercio. La industria produce un 16,50% del PIB, el sector agropecuario apenas un 1,06% y la minería un 0,93% debido principalmente a la cuprífera Disputada de Las Condes. En cuanto a la generación del valor agregado por sectores, a nivel nacional, en Santiago se genera un 45,22% del producido por el sector industrial, un 42,93% del sector de la construcción, 52,22% del sector transportes, un 64,37% del comercial y un 76,79% del sector financiero.

En Santiago se ubican las principales instituciones económicas del país, incluyendo la Bolsa de Comercio de Santiago y la gran mayoría de las casas matrices de las empresas nacionales y transnacionales. Gracias a la firma de los tratados de libre

comercio firmados desde los años 2000 con Estados Unidos, la Unión Europea, China, Japón y Corea del Sur, entre otros, diversas empresas internacionales han usado a Santiago como plataforma de ingreso al mercado latinoamericano. Según la revista América Economía, Santiago es una de las mejores ciudades para hacer negocios en Latinoamérica, quedando en diversas oportunidades entre las primeras posiciones e, incluso en 2007, empató en la primera posición junto a la ciudad de Miami. En cuanto al comercio, éste se ha visto potenciado por la creación de varios centros comerciales en diversas zonas de la capital y el auge de los supermercados, aunque en desmedro de los almacenes locales y los tradicionales barrios comerciales.

La capital es también un importante centro de desarrollo turístico a nivel nacional, al ser la principal puerta de entrada del país a través del aeropuerto internacional y el cercano paso trasandino Los Libertadores; ambos concentran el 55,2% del total de personas que ingresan al país por año, lo que equivale a 1.119.840 personas en 2005. Además, el principal destino turístico nacional: un estudio del Servicio Nacional de Turismo determinó que el 52,3% de los turistas (tanto nacionales como internacionales) tenían como destino la categoría "Santiago y sus alrededores", a los cuales se suma un 2,9% correspondiente a "Centros invernales", ubicados, en su mayoría, al oriente de la capital. A nivel regional, existen 216 establecimientos hoteleros que totalizan una capacidad de 9.240 habitaciones y 17.147 camas.

Educación

De acuerdo a las cifras del censo 2002, el 89,49% de la población de Santiago mayor de 5 años es alfabeta, un poco más que el promedio nacional. Al distribuir a la población mayor de 5 años de edad en función de sus años de escolaridad, la mayoría (18,87%) tiene 12 años mientras un 5,39% afirma no haber cursado por lo menos un año. En promedio, los habitantes de Santiago tienen una escolaridad de 9,26 años de estudio.

En la actualidad, casi la totalidad de los menores entre 5 y 18 años se encuentra cursando la Educación General Básica y la Educación Media, que forman los doce años de educación obligatoria establecida en 2003 por la Constitución. Dentro de la Región

Metropolitana existen 2.576 establecimientos urbanos de educación parvularia, primaria y secundaria que equivalen al 21,90% del total nacional, de los cuales 611 son de propiedad municipal, 1.615 de carácter particular subvencionado, 317 particulares y 33 corporaciones de administración delegada. En cuanto al número de alumnos, el total a nivel regional al año 2007 es de 1.405.200 estudiantes de educación parvularia, primaria o secundaria.

La educación superior chilena ha sido objeto, históricamente, de una alta concentración en la capital chilena.

En el año 2005, 49,7% de los estudiantes de educación superior a nivel nacional se concentraban en la Región Metropolitana (donde casi la totalidad de los planteles están dentro del área urbana de Santiago) lo que equivale 663.679 alumnos. De estos, un 25,77% lo hace en universidades tradicionales, un 44,70% en universidades privadas, un 19,62% en centros de formación técnica y un 9,91% en institutos profesionales. En la ciudad se encuentran ubicadas las casas centrales de las principales universidades del país, cinco de ellas pertenecientes al Consejo de Rectores: Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad Católica, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación y la Universidad Tecnológica Metropolitana.

A continuación se describe el nivel de escolaridad, por quintil, de la población de Santiago, según la encuesta Casen de 2009:

Tabla N°11: Nivel de escolaridad, por quintil

CASEN 2009	I	II	III	IV	V	Total
Sin Educación Formal	37014	30112	29555	21369	11698	129748
Básica Incompleta	128137	142831	133878	91874	41164	537884
Básica Completa	107243	126068	118806	93772	50955	496844
Media Humanista Incompleta	147853	205799	203439	171831	105708	834630
Media Técnico Profesional Incompleta	25815	36369	39350	32711	21426	155671
Media Humanista Completa	141454	243036	283058	348894	243841	1260283
Media Técnico Completa	39208	81729	106066	100772	70289	398064
Técnica ó Universitaria Incompleta	35191	64800	101739	159376	265247	626353
Técnica ó Universitaria Completa	20483	41963	75678	185249	577634	901007

Fuente: Encuesta CASEN 2009

2.1.3 Descripción de Puente Alto: comuna donde se desarrolla el Programa de AT en estudio.

Puente Alto es una comuna chilena ubicada en la Región Metropolitana de Santiago, que actualmente forma parte del Gran Santiago. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en el censo de 2002, la comuna contaba con 492.915 habitantes lo que la convertía en la comuna más poblada de Chile, aunque las proyecciones plantean que, en el año 2005, Maipú la superó en población. Se estima que desde el año 2008 la comuna cuenta con 702.948 habitantes.

Al norte limita con la comuna de La Florida, al sur con la comuna de Pirque, al este con la comuna de San José de Maipo y, al oeste, con las comunas de La Pintana y San Bernardo.

Historia

Después de 1883, la Provincia de Santiago estaba dividida en tres departamentos: Santiago, La Victoria y Melipilla.

En el año 1891 se promulgó la “Ley de Comuna Autónoma”, después de la cual el Presidente promulgó el Decreto de Creación de Municipalidades.

Fundación de Puente Alto

La Villa de Puente Alto fue creada por Decreto del 8 de enero de 1898 y, el Departamento de Puente Alto, fue creado por Ley 12.997 del 3 de septiembre de 1958, segregándose del Departamento de Santiago.

Fundada como un pequeño pueblo rural a fines del siglo XIX con el nombre de Las Arañas, fue creciendo y pasando de ser un pueblo rural a la comuna con mayor población de Chile, superando los 600.000 habitantes. Puente Alto dispone de todos los servicios necesarios en una ciudad moderna tales como centros comerciales, grandes supermercados, un hospital, y la línea del Metro de Santiago que conecta la comuna con el resto del Gran Santiago, entre otros.

Demografía

Según el censo de 2002, la comuna contaba con 492.915 habitantes lo que la convertía en la más poblada de Chile, aunque las proyecciones plantean que en el año 2005 Maipú la habría superado en población (626.419 contra 605.010 habitantes). Según las proyecciones, el incremento debería seguir de la misma forma para el próximo censo del 2012. Esto se debe, principalmente, a la política de viviendas sociales construidas en la comuna desde los años 80 en adelante, lo cual ha traído una desproporcionada sobrepoblación de la comuna, ligada a diversos problemas sociales como el hacinamiento, la delincuencia, el narcotráfico y la falta de comercio y servicios públicos como comisarías de policía, supermercados, bancos y áreas verdes, entre otros. Según los datos del censo de 2002 el estrato socioeconómico principal en la comuna es

el medio bajo y bajo. Los porcentajes reducidos a 3 grandes categorías son los siguientes: Alto 4,3%, Medio 51,6% y Bajo 44,1%.

Estimaciones de superficies

La comuna tiene una superficie total de 86, 74 km², de los cuales, el 63, 82% se encuentra, actualmente, no urbanizada. De ésta:

Tabla N°12: Superficie de la Comuna de Puente Alto

Estado	Km²	%
No urbanizable	21,48	25,92
Urbanizable con Restricciones	12,21	14,08
Zonas industriales	5,70	6,57
Potencialmente urbanizables	14,96	17,25

Fuente: www.mpuntealto.cl

Educación

La educación, en la comuna, depende de la corporación municipal la cual tiene por misión: “Ofrecer un servicio de educación de calidad y de excelencia académica a niños, jóvenes y adultos; lograr una formación integral y valórica, con el objetivo de generar oportunidades que mejoren su calidad de vida y la de sus familias”.

Ésta ofrece diversos programas educativos, entre los cuales destaca:

- Programa de enseñanza de pre-escritura y pre-lectura para kínder
- Programa de implementación del método de adquisición de la lecto escritura – Matte- para los primeros años básicos
- Puente Alto crece leyendo
- Becas de estudio corporativas

- Premio excelencia académica

A la vez, implementa programas asistenciales entre los que incluye alimentación escolar, apoyo en salud, intervención social y psicológica a las familias y alumnos en situación irregular, así como la promoción del bienestar psicosocial escolar.

Realidad del entorno donde se realiza el “Programa Juguemos con nuestros hijos”

Este Programa está destinado a apoyar a madres/padres/cuidadores de nivel socioeconómico (NSE) bajo, que habitan en el entorno del Centro de Salud familiar “Madre Teresa de Calcuta” ubicado en la Villa La Primavera, en la Comuna de Puente Alto.

La intervención se desarrolla en un contexto de pobreza y vulnerabilidad psicosocial,

La población de la comuna es bastante joven si se considera que en el 2009 las cifras arrojaban: que el 38 % de la población de Puente alto corresponde a niños entre los 0- 18 años, el 54% adultos entre los 20 y los 50 años y el 8% restantes adultos mayores de 50 años y ancianos.

En cuanto a las personas económicamente activa (datos años 2009) se encuentra trabajando solo el 57.3% de la población mayor a 15 años

El 12% de las niñas entre 15 y 19 años es madre adolescente, lo que en números equivale a unas 21.500 personas.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA “JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS”

3.1. **Marco teórico y antecedentes del Programa**

En Chile, en esta última década, ha habido una creciente preocupación por la educación en la infancia temprana, que busca promover el desarrollo sano del niño a partir de los primeros meses de vida, siendo éste un tema prioritario para el actual gobierno.

Las evidencias a nivel nacional e internacional demuestran que la intervención en este período, particularmente en contextos de vulnerabilidad psicosocial y pobreza, tienen resultados positivos a corto y largo plazo, no solo para los niños y sus familias, sino también para la sociedad en general.

En Chile existe un considerable esfuerzo por aumentar la cobertura nacional de la atención a la primera infancia y mejorar la calidad de la educación infantil formal a través de jardines infantiles y salas cuna, pero también por ampliar otras iniciativas de educación no formal, considerando que la mayoría de los niños chilenos menores de 3 años son cuidados por sus madres o familiares cercanos en sus casas. En este ámbito el programa “Juguemos con nuestros hijos” contiene una propuesta esencial: innovar en la acción de Centros de Atención Primaria de Salud en relación a la AT, incorporando acciones relacionadas con la promoción además de aquellas destinadas a la prevención y tratamiento del retraso del Desarrollo Psicomotor (DSM), ofreciendo un rol protagónico a madres, padres y/o cuidadores.

El Programa “Juguemos con nuestros Hijos” se desarrolla desde un Centro de Salud Familiar (CESFAM) en una localidad urbana en la comuna de Puente Alto, en Santiago de Chile, de nivel socioeconómico medio-bajo. Busca principalmente estimular el desarrollo integral de niños y niñas entre 0 y 36 meses y apoyar a madres, padres y cuidadores en la estimulación temprana y educación de sus hijos, fortaleciéndolos como principales agentes educativos y promotores de la salud integral de sus hijos.

El equipo ejecutor se conforma por una Psicopedagoga, una educadora infantil, una psicóloga infanto juvenil, un Médico General y un Médico Familiar. Ambos médicos con experiencia en trabajo en Atención Primaria y todas con experiencia en trabajo comunitario.

La propuesta consiste en implementar una sala de estimulación en un CESFAM (centro de salud familiar), donde diariamente se acoge a un grupo de 12-14 padres/madres o cuidadores que asisten una vez por semana a sesiones grupales de juego con sus hijos/as y donde además existe un espacio de conversación entre los adultos en torno a temas de crianza y estimulación del desarrollo. Este diseño se sustenta en resultados favorables en cuanto a la relación costo/beneficio de programas que se focalizan en la educación de padres, en modalidades grupales a edades tempranas.

3.2 Descripción general del Programa “Juguemos con nuestros hijos”

3.2.1 Por qué trabajar en estimulación temprana

El período comprendido entre el nacimiento y el tercer año de vida resulta crucial para el desarrollo humano, puesto que es el momento donde se sientan las bases neurológicas para el desarrollo biológico, cognitivo y social/afectivo (Shonkoff, 2000).

Como consecuencia, invertir en educación en infancia temprana conlleva importantes beneficios económicos: permite aprovechar mejor la inversión en la escuela primaria y secundaria, contribuye a la formación de capital humano elevando la productividad e ingresos de las personas y disminuye el gasto público (Young E, 1998).

3.2.2 Cuándo y con quién trabajar

Mientras más precoz sea la intervención mayor será su impacto en el desarrollo, de ahí la importancia de iniciar los programas de estimulación desde el mismo nacimiento, incluso considerando el período antenatal.

Una evaluación sistemática de programas norteamericanos muestra que la relación costo-beneficio de la intervención es mayor si se invierte en poblaciones de alto riesgo, tales como niños en contextos de pobreza, madres adolescentes y familias monoparentales.

En Chile, estudios revelan importantes diferencias en el desarrollo psicomotor (DSM) de los niños al comparar el nivel socioeconómico en que se encuentran. Existe una divergencia en los puntajes a partir de los 18 meses, lo que determina que al llegar a la edad escolar, un 26% de niños de nivel socioeconómico bajo tiene un coeficiente intelectual inferior a 80, versus el 4% de niños de nivel socioeconómico medio y el 1% de niños de nivel socioeconómico alto (Eyzaguirre, B, 2001).

La evidencia señalada anteriormente explica la intención de focalizar la intervención en grupos de riesgo, considerando prioritarios aquellos niños que viven en situación de pobreza.

3.2.3 *Qué trabajar*

El lenguaje

El lenguaje es la función más elevada del ser humano, su adquisición está directamente relacionada con la maduración del individuo, pero además, fuertemente influenciada por los estímulos del entorno y del ambiente en el cual está inserto el niño.

Las funciones del lenguaje se desarrollan en las primeras etapas de la vida del niño gracias a la interacción lingüística con sus padres, cuidadores o educadores, quienes a través del lenguaje acompañan, constatan y dirigen la actividad del niño que todavía no puede hablar. Esto nos recuerda el planteamiento de Vigotsky (1979) que afirma que toda función mental superior, incluido el lenguaje, aparece en primer lugar a nivel social para pasar más tarde a interiorizarlo.

El área que presenta un mayor desafío en términos de desarrollo en los niños chilenos es el lenguaje. Al analizar las estadísticas de las evaluaciones del desarrollo de

niños realizadas a los 18 meses y a los 4 años en los Centros de Salud de Atención Primaria, se observa que la gran mayoría de los niños con rezago o riesgo de rezago en el Desarrollo Psicomotor, presentan consistentemente rezago en el área del lenguaje. En el grupo de niños evaluados como “sin rezago”, también se encuentra un porcentaje importante de niños con rezago o riesgo específicamente en el área del lenguaje, pero que al promediar con las otras áreas del desarrollo (cognitivo, motor, social) puntúan como normales en la evaluación general¹¹.

Junto con esto, es en el área del lenguaje donde se encuentran las mayores diferencias en los diferentes niveles socio-económicos, lo que determina posteriormente en gran medida la diferencia en el rendimiento escolar y las conocidas consecuencias de esto. Un estudio realizado en población chilena, muestra que entre un 40% y 50% de preescolares pobres presentan algún grado de déficit en el área del lenguaje, lo que se explica en gran medida por variables culturales o ambientales (Lira,1997).

Por estas razones, si bien el objetivo general del programa es impactar el desarrollo integral de los niños, trabajando distintos núcleos de aprendizaje (convivencia, autonomía, identidad, seres vivos y su entorno y relaciones lógico-matemáticas), se ha puesto un especial énfasis en la estimulación del lenguaje a lo largo de las sesiones del programa, reflejado en el material didáctico, en la implementación de la sala de estimulación y en el rol mediador de la educadora y monitoras.

El desarrollo afectivo

Para que el niño logre un adecuado desarrollo cognitivo es fundamental que crezca en un ambiente nutritivo en términos afectivos. Más aún, diversos autores han mostrado cómo en ambientes violentos, deprivados o carentes de afecto en períodos críticos del desarrollo, no solo se interrumpe el aprendizaje, sino que los altos niveles de stress de situaciones de este tipo, determinan que no se desarrollen muchas conexiones neuronales, observándose imágenes que muestran atrofia del tejido cerebral, difícil de recuperar (Mora,1996).

¹¹ Estadísticas CESFAM Madre Teresa de Calcuta, Puente Alto 2006.

Por esta razón, las actividades del programa dirigidas a lograr habilidades que potencien el desarrollo afectivo del niño (y de su familia en general) son fundamentales. Existe un especial cuidado en que el clima en la sala de juego sea rico afectivamente, con la idea que los cuidadores y los niños incorporen un estilo de relacionarse que permita el aprendizaje y las relaciones nutritivas en general.

3.2.4 Fortalecimiento del rol de los padres como principal agente educativo

Si bien la intervención está dirigida a los niños como grupo objetivo principal, el Programa trabaja fuertemente con madres/padres/cuidadores en torno a la estimulación del niño. Mediante la participación activa de estos en las actividades, el modelaje por parte de los agentes educativos y durante los espacios de conversación de adultos, se pretende fortalecer a madres/padres/cuidadores como protagonistas de la promoción del desarrollo sano e integral de sus hijos y como principales agentes educativos.

Una revisión que analiza distintos diseños de intervención en niños con rezago del lenguaje primario, muestra que la intervención de padres entrenados no difiere de la de profesionales especializados en cuanto al impacto en la mejoría del desarrollo del lenguaje en niños con rezago primario (Law, 2003). Mediante el material didáctico de la sala, actividades dirigidas y el modelaje de las educadoras se busca educar a madres y padres en un estilo de relación que potencie el lenguaje y se transfiera directamente, sin mediadores, a la vida cotidiana de los niños.

Dunst (1989) postula un modelo que lo denomina fortalecimiento de la familia y que el programa Juguemos con nuestros hijos pretende conseguir a los largo de su desarrollo. Este modelo parte de la base de tres condiciones claves:

- Asumir que los padres son competentes o tiene la capacidad de serlo. No todas las familias tienen el mismo tipo de capacidades, hay que descubrir los puntos fuertes de cada una, pero partiendo de la base que existen competencias de algún tipo. Esto permite apoyarse en los propios recursos de la familia que primero hay que descubrir y posteriormente reforzar.

- Promover experiencias que posibiliten que se desarrollen comportamientos competentes. El papel del profesional va a ser sugerir e instigar a las familias a experimentar, a partir de sus propios recursos, nuevas estrategias y nuevos puntos de vista, mediante las cuales desarrollen sus propias capacidades y otras capacidades nuevas.
- Reconocer que, para sentirse fortalecido, el que busca ayuda debe atribuir el cambio de su comportamiento a sus propias acciones. Para que se produzcan cambios y los padres se sientan más capaces y mejoren su autoestima, es necesario que consideren que los cambios están producidos por ellos mismos, no por la intervención de agentes externos. Son sus comportamientos los que han hecho posible que se alcancen determinados logros, de esa forma se refuerza su competencia y puede iniciarse de nuevo el proceso.

3.2.5 *Cómo trabajar*

Desde el sector salud

En el intento de incorporar la estimulación temprana a las tareas de la Atención Primaria de Salud, existe como antecedente a esta experiencia el Programa Piloto para Estimulación Precoz realizado por miembros del Centro de Estudios de Desarrollo y Estimulación Psicosocial (CEDEP) en Chile el año 1978. Se trabajó en la educación de madres para incrementar el desarrollo psíquico de lactantes de nivel socioeconómico bajo. Dado los buenos resultados, posteriormente se incorporó la evaluación y estimulación del desarrollo psicomotor del lactante al control del niño sano (Montenegro, 1978). Actualmente en todos los Centros de Atención Primaria se realiza una evaluación del desarrollo psicomotor, con la escala EEDP (Haeussler y Marchant, 1985) a los 18 meses y con la prueba TEPSI (Rodríguez, 1985) a los 4 años. Según los resultados obtenidos por cada niño, la enfermera realiza la intervención correspondiente o el niño es derivado al médico del centro y eventualmente a nivel secundario.

La idea principal del proyecto es diseñar e instalar una estrategia por la cual los

centros de atención primaria se hagan cargo no solo de la detección y tratamiento del retraso del DSM, si no también de la prevención de éste y de la promoción de habilidades y conductas que favorezcan y mantengan un adecuado desarrollo del niño/a.

La fortaleza de plantear una estrategia de este tipo desde el sector salud, radica en la validación de éste en la comunidad, y particularmente de los Centros de Atención Primaria. Dada la alta cobertura de este sector, el presente proyecto pretende llegar a la gran mayoría de las personas aprovechando la existencia de registros adecuados y estables en el tiempo, que permiten identificar a aquellas familias con factores de riesgo para ciertos condicionantes de salud, siendo posible focalizar los esfuerzos en aquellos grupos de mayor vulnerabilidad bajo el área de influencia de los centros de salud.

El trabajo en Promoción de la Salud y la incorporación progresiva de la comunidad al quehacer de los centros de Atención Primaria forma parte importante de las líneas de trabajo propuestas en la Reforma de Salud actualmente en curso en Chile.

Involucrando activamente a los padres y a la comunidad

La participación protagónica de los padres en programas de estimulación temprana se reconoce como fundamental para mejorar el impacto de las intervenciones y lograr efectos a largo plazo. De esta manera el efecto de la participación de un programa de 2 a 3 hrs. semanales de duración es amplificado con la incorporación de los aprendizajes en este período por parte de los padres a la vida cotidiana en el hogar.

Por otro lado, al incorporar activamente a agentes de la comunidad se contribuye en aumentar su capital social (Putman, 1995), pues ofrece la oportunidad de generar redes de apoyo basadas en la confianza social y aumentar el liderazgo comunitario de los participantes. Como resultado de esto, la comunidad está en mejor posición para enfrentar la pobreza y vulnerabilidad social.

Programas que trabajan en la educación de madres/padres demuestran beneficios para las madres en cuanto a disminuir sus niveles de estrés en relación a la crianza, mejorar la relación y la calidad del vínculo y mejorar su sensación de competencia en

relación a la estimulación de su hijo. Junto con esto se evidencia una ventaja, en términos de impacto y sustentabilidad, en aquellos programas cuyo diseño incluye un componente comunitario, pues la propia comunidad se siente protagonista y parte fundamental del programa.

Sesiones de grupos de niños con y sin rezago

Experiencias internacionales sitúan a las sesiones grupales como una buena estrategia para trabajar en estimulación temprana, con evidencia de beneficios a corto y largo plazo, demostrando un retorno económico favorable.

La ventaja de diseñar sesiones grupales radica en que se puede atender a un número considerablemente mayor de niños con los mismos recursos, sin por esto disminuir su impacto en la estimulación del lenguaje, área central de intervención del programa.

Más aún, la literatura señala que los programas en el área del lenguaje que incorporan a niños con y sin rezago, presentan un beneficio significativo en las intervenciones terapéuticas comparado con aquellas que solo trabajan con niños con rezago.

De esta manera se justifica la decisión de abordar el tema de la estimulación del desarrollo en grupos, incorporando díadas de padres/hijos vulnerables, junto con díadas de padres/hijos con mayores recursos en términos de la crianza y la estimulación de sus hijos, quienes actuarán como potentes fuentes de modelaje para el grupo en general, además de beneficiarse de las actividades del programa.

3.2.6 Objetivos del Programa

Objetivos generales

- Implementar un programa de educación informal para niños entre 4 a 36 meses de una comunidad urbana, desde un Centro de Salud Familiar.
- Fortalecer a madres y padres como promotores de la salud integral de sus hijos,

- potenciando su rol educativo y apoyando sus labores de estimulación del desarrollo y crianza.
- Mejorar el nivel de desarrollo psicomotor, cognitivo, social y afectivo de los niños participantes del proyecto.

Objetivos específicos

- Estimular el desarrollo integral de niños entre 4 y 36 meses, focalizando en el desarrollo afectivo y del lenguaje
- Aumentar los conocimientos y habilidades de madres y padres respecto al desarrollo integral de sus hijos y la dedicación de estos a la estimulación del DSM.
- Fortalecer la participación del padre en la crianza de sus hijos
- Ofrecer a cuidadores un espacio donde discutir en torno a temas de crianza y desarrollo, y contribuir a mejorar su sensación de auto-eficacia y autoestima
- Ofrecer un espacio comunitario periódico que constituya una red de apoyo para las familias en la etapa de la crianza
- Implementar un trabajo en red del programa con los profesionales del consultorio
- Capacitar a miembros de la comunidad para ejercer como monitores en las actividades de estimulación, y así aumentar su grado de compromiso con la comunidad.

3.2.7 Diseño y organización

Las actividades de estimulación se realizan por medio de sesiones de grupos de juego llevadas a cabo en una sala multiuso del Centro de Salud implementada como sala de estimulación. Estas sesiones son guiadas por una educadora y dos monitoras comunitarias previamente capacitadas para dicha labor.

El reclutamiento de niños se intenciona de manera tal que en el programa participan tanto niños con rezago o riesgo de rezago del desarrollo psicomotor (DSM), como niños sin rezago pero con factores de vulnerabilidad y niños sin factores de vulnerabilidad, motivados a participar.

Esto con la finalidad de incorporar dentro del programa simultáneamente actividades de tratamiento (en el grupo de niños con rezago), prevención (en el grupo de niños con factores de vulnerabilidad) y promoción (en todos los niños). Junto con esto, se aprovecha la estrategia de “modelaje” en que las madres y padres con mayor cantidad de recursos personales en términos de la crianza y la estimulación de sus hijos, aportan a las madres y padres con menos recursos.

Así, participan alrededor de 90 niños al año, junto a su madre o cuidador en grupos diarios de 12-14 díadas.

Los niños/as llegan al programa por tres vías:

- Derivación por enfermera en caso de presentar rezago o riesgo de rezago del desarrollo.
- Derivación por otros profesionales del Centro de Salud por presentar factores de riesgo para rezago en el desarrollo (madre adolescente, cuidador/a envejecido., niño/a prematuro, condición de pobreza extrema, etc.).
- Inscripción voluntaria y espontánea en el Centro de Salud.

3.2.8 *Descripción de las sesiones*

El programa se desarrollará todos los días de la semana en jornada de mañana. Cada díada niño/a-cuidador participa, asistiendo una vez por semana el centro de estimulación más una visita semanal que realiza un monitor a su hogar.

Duración de cada sesión y descripción de la rutina

Cada sesión de grupos de juego tiene una duración de 2,5 horas.

La rutina se desagrega en 7 momentos, explicitados en la siguiente tabla:

Tabla N°13: Síntesis de la rutina

Momento	Tiempo (en minutos)
Acogida	5
Juego libre por rincones	55
Círculo de saludo/Presentación de material	15
Juego de patio/Conversación con madres	30
Actividad Dirigida Colectiva	25
Círculo de Lenguaje	15
Despedida	5

A continuación se describe cada uno de los momentos:

- Acogida: se da la bienvenida, tanto a los niños como a los padres presentes.
- Segundo momento: Juego libre en sala de estimulación. Este momento cuenta con las siguientes características:
 - Desarmable. La sala donde se lleva a cabo el programa es multiuso por lo cual debe contar con mobiliario y material que se pueda guardar fácilmente de manera de permitir el uso de la sala en otras actividades del Centro de salud.
 - Rincones pedagógicos. La sala se estructura en base a 4 rincones pedagógicos: Rincón tranquilo, Rincón del arte, Rincón de la casa y Rincón de la construcción. Cada rincón cuenta con material didáctico que busca potenciar las distintas áreas del desarrollo, el contenido de cada rincón varía cada 4-5 semanas de manera de ofrecer a los niños diversas posibilidades de aprendizaje.
 - Juego libre. El niño escoge su lugar de juego o trabajo libremente, y es activo en su aprendizaje. El rol que se invita a tomar a la madre o cuidador es el de acompañar y ser un facilitador del aprendizaje del niño. Esta actitud se promueve y refuerza por medio de modelaje e intervenciones de la educadora y monitoras.
 - Material didáctico. El material didáctico de la sala de estimulación es atractivo y seguro. Se organiza en forma individual en módulos o bien, en

bandejas que permiten un fácil acceso por parte del niño y le facilita la manipulación en el lugar de trabajo (mesas o en el suelo con una alfombra).

- Tercer momento: Círculo de saludo y presentación de material pedagógico. La rutina de saludarse busca promover por medio del canto la participación expresiva de los niños y el fortalecimiento de un espacio grupal. También se presenta un material pedagógico que está presente en la sala, de manera que madres o cuidadores conozcan el uso de dicho material, los objetivos que persigue, las áreas del desarrollo que estimula y de que manera replicar su uso en sus casas.
- Cuarto Momento: Patio y conversación con madres o cuidadores. Monitoras comunitarias acompañan a los niño/as en este espacio de juego en un jardín del Centro, mientras madres y cuidadores comparten un momento de conversación. Este espacio es guiado por la educadora y sus objetivos son lograr que: madres y cuidadores intercambien experiencias y reflexionen en torno a temas de crianza de los hijos, se transfieran mutuamente saberes y prácticas educativas, se sientan validadas en su rol de madres/cuidadores y tengan un espacio de contención y apoyo. Con una semana de anticipación se les ofrece un texto guía acerca del tema a tratar en la siguiente sesión.
- Quinto momento: Actividad dirigida.: Es una actividad grupal que se trabaja en diadas o en grupos de 2 ó 3 diadas. La educadora explicita los contenidos pedagógicos de la sesión y los aprendizajes esperados seleccionados de las “Bases Curriculares para la Educación Preescolar” del Ministerio de educación de Chile.
- Sexto momento: Círculo de lenguaje. Es un momento grupal de cantos que se acompañan de gestos, mímicas y repetición. También se hace una actividad adicional que varía según el núcleo temático mensual Ej. Cuenta cuento, canasta sorpresa para trabajar el vocabulario, tarjetas de imágenes, etc.
- Séptimo momento: Despedida y cierre. Se cierra la sesión recogiendo y explicitando los aprendizajes de la sesión

3.2.9 Tipo de seguimiento y frecuencia del mismo

Registro y evaluación semanal: Al término de cada sesión de juego la educadora en conjunto con las monitoras realizan una evaluación y registro de la sesión y de la mediación educativa realizada con cada diada. En la carpeta personal de cada niño/a se registran los siguientes puntos: foco de observación en la sesión (que aspecto del desarrollo requiere refuerzo), intervenciones realizadas y foco de observación e intervención de la próxima sesión.

Cierre con madres o cuidadores: Al término de cada núcleo temático, trabajado en un período de 5-6 semanas, el equipo realiza una evaluación con madres y cuidadores que busca decantar y revisar, por medio de una lista de cotejo, lo aprendido en las sesiones previas en términos de estimulación y desarrollo

Reuniones con enfermeras del Centro de salud familiar: CESFAM: Periódicamente el equipo realiza reuniones con las enfermeras del Centro de Salud para evaluar los progresos y dificultades de aquellos niños/as participantes que han sido derivados al programa por profesionales de la salud. En los casos se discute la necesidad de derivación dentro del CESFAM o a nivel secundario para manejo multidisciplinario.

3.3. Apoyo Institucional

Para lograr la implementación de un programa de estas características, es fundamental contar con el apoyo de las instituciones relacionadas con esta tarea, tanto a nivel de ejecución (en este caso, el Director del Centro de Salud), como a nivel político (Director del área infantil de una determinada Corporación de Salud, Jefe de Servicio de Salud, entre otros.).

En el caso particular de este Programa “Juguemos con Nuestros Hijos”, es de crucial importancia contar con el compromiso y apoyo del equipo de enfermeras del CESFAM Madre Teresa de Calcuta y del director del Centro de Salud.

3.4 Reclutamiento y capacitación de los profesionales

3.4.1 Reclutamiento de Educadoras

La ejecución, tanto de las sesiones grupales como de la conversación con cuidadores, requiere de una educadora que tenga las habilidades propias de su profesión para orientar el trabajo pedagógico de la primera infancia. A esto se agregan algunos requisitos particulares para esta modalidad de trabajo con niños que implica trabajo con un grupo de madres/padres/cuidadores, con díadas madre/padre/cuidador-hijo y con monitoras comunitarias. Algunas competencias de la educadora a considerar:

- Interés y competencias en temas de crianza y desarrollo infantil (0 a 3 años).
- Conocimientos básicos y/o experiencia en el manejo de grupos y educación de adultos.
- Capacidad de reconocer niños/as o cuidadores con mayores necesidades de intervención, para lograr una derivación oportuna.
- Destrezas sociales y características personales acordes con el modelaje deseado (empatía, calidez, etc.).
- Destrezas básicas en organización y funciones.

3.4.2 Reclutamiento de monitoras

La fortaleza de incorporar a monitoras comunitarias, es decir, que viven el propio sector donde se desarrolla el Programa, radica, entre otras cosas, en darle “localidad” al Programa, pues se trata de mujeres que habitan la zona geográfica donde se ubica el Centro de Salud y que por tanto conocen las costumbres y las creencias de las personas de la zona.

Algunas competencias de las monitoras deseables son las siguientes:

- Destrezas sociales y características personales acordes con el modelaje deseado (empatía, calidez, sociabilidad, etc.)
- Interés en el trabajo con niños y sus cuidadores
- Capacidad de trabajar en equipo
- Responsabilidad en el cumplimiento de horarios y tareas de trabajo personal
- Motivación para adquirir nuevos conocimientos relacionados con la crianza y el desarrollo infantil

Se considera la posibilidad de que las posibles “candidatas” sean madres que asisten al centro de salud, sugeridas por las enfermeras y que sus hijos no participen de este Programa.

3.4.3 Capacitación de las monitoras

Esta capacitación considera una etapa inicial intensiva de 2 semanas de duración y luego un acompañamiento, durante todo el programa, en la que semanalmente se trabajan temas de relevancia para el desarrollo del programa.

La etapa de acompañamiento consiste en reuniones semanales de “contención y formación” en las que se realizan las siguientes actividades:

- Revisión de la semana desde un punto de vista personal.
- Revisión de un tema “formativo” que aporte al desempeño en sala. (Ej.: trabajo con láminas de lenguaje, manejo de conflictos, mediación entre adultos y niños, etc.)
- Revisión “paso a paso” de la planificación de las sesiones.

3.5 Detalle de la propuesta pedagógica

3.5.1 Enfoque pedagógico

El Programa considera en el diseño la organización curricular del primer ciclo de la Educación Parvularia (niños de 0 a 3 años), basándose en núcleos temáticos y en los aprendizajes esperados propuestos en las Bases Curriculares para esta etapa del Ministerio de Educación de Chile. Se incorpora en el desarrollo curricular la participación directa de las madres o principal cuidador, razón por la cual se intencionan objetivos a reforzar con los cuidadores en temas de crianza y competencias parentales relacionadas con la estimulación y el vínculo.

En cuanto a las metodologías pedagógicas que han servido de inspiración sobre todo para la organización e implementación del espacio, se encuentran: el currículo Cognitivo (High Scope), método de enseñanza Montessori y de la metodología Waldorf.

La organización del espacio y del tiempo ha sido diseñada para ofrecer experiencias ricas en significado y contenido. La sala se organiza en rincones que favorezcan el trabajo de aspectos cognitivos a través del juego. Se dispone de un ambiente educativo especialmente preparado y adecuado a la madurez y desarrollo de los niños, con objetos puestos a su alcance que responden a sus intereses y necesidades de aprendizaje.

3.5.2 Rol de agentes educativos

Los agentes educativos son mediadores en el posicionamiento de los cuidadores como principal agente educativo; potencian la capacidad mediadora de éste, trabajando tanto con el niño, como mediando entre éste y su cuidador. Son sensibles, predispuestos a observar y participar activamente y capaces de responder de forma oportuna a las necesidades de niños y adultos. Son responsables de facilitar y guiar el aprendizaje de los niños junto a sus padres. Por otra parte, establecen límites claros para una convivencia armónica y promueven la autonomía de manera gradual y generan condiciones para que tanto el niño como el adulto que lo acompaña se sientan plenamente acogidos y acompañados.

Se consideran agentes educativos del programa a la educadora, las monitoras comunitarias y aquellos profesionales de la salud que participen de las sesiones cuando se requiera.

3.5.3 *Clima de aprendizaje*

Dentro de las funciones de los agentes educativos está la de generar un adecuado clima de aprendizaje, algunos puntos importantes de esta labor son:

- Personalizar el trato, dar acogida y lograr un ambiente de cariño y respeto.
- Facilitar que los cuidadores consideren el espacio educativo como propio, buscando su participación activa en la sala de estimulación.
- Centrarse en las fortalezas parentales.
- Modelar conductas de buen trato y resolución de conflictos.
- Explicitar normas mínimas de convivencia.

3.5.4 *Trabajo con las madres y cuidadoras*

Parte de los objetivos del programa considera aumentar los conocimientos y habilidades de madres/padres y cuidadores respecto al desarrollo integral de sus hijos y la dedicación de estos a la estimulación del DSM; se busca mejorar la sensación de auto-eficacia y autoestima de madres y cuidadores en relación a la crianza de sus hijos. Para lograr esto se utilizan las siguientes estrategias:

- Promover redes de apoyo entre los participantes.
- Explicitar objetivos y aprendizajes en los diversos momentos de la rutina diaria y promover la replicación de las actividades en la casa.

- Conversación entre los adultos sobre temas de crianza, estimulación del desarrollo y cuidado.
- Modelaje y acompañamiento. Se busca ampliar el repertorio del cuidador en la forma de uso de los materiales de la sala y en su mediación educativa y en el manejo de determinados conflictos.
- Recoger periódicamente los aprendizajes en torno a las prácticas parentales en relación a estimulación del desarrollo y crianza. En una sesión de cierre al finalizar cada núcleo temático.
- Paneles informativos acerca de temas de estimulación del desarrollo, salud, actividades y recursos comunitarios Y también con un espacio para que madres y/o cuidadores publiquen cosas de su interés.

3.5.5 Aprendizajes esperados

La planificación semestral es en base a núcleos temáticos que organizan los aprendizajes esperados, actividades dirigidas y temas a tratar con las madres y cuidadores.

A cada núcleo se le destinan 8 a 9 sesiones y las actividades que se planifican en torno al núcleo se desarrollan en el momento denominado “Actividad dirigida colectiva” dentro de la rutina diaria.

En la Tabla N°14, a continuación, se detallan los núcleos de aprendizaje y sus objetivos, los cuales inspirarán el desarrollo de las actividades a realizar en cada sesión.

Tabla N°14: Núcleos de aprendizaje

Núcleo	Objetivos
Identidad	Identificarse progresivamente como persona singular a través del reconocimiento de su persona y nombre, y de las acciones que realiza.
	Comunicar a los demás algunos rasgos de su identidad: su nombre, su sexo, sus intereses y algunas características personales.
	Manifestar sus preferencias por actividades, materiales, cuentos y otros.
Autonomía	Decidir entre alternativas que se le proponen de materiales.
	Reconocer progresivamente su auto valía, utilizando su repertorio de posibilidades para la realización de actividades en distintas situaciones.
Convivencia	Iniciarse en la práctica de las primeras normas de convivencia.
	Expresar afecto y preocupación por otros niños y adultos en situaciones cotidianas, sensibilizándose frente a las necesidades de los demás.
Lenguaje	Comunicarse utilizando en forma oral, palabras-frases y frases simples referidas a deseos y hechos vinculados a su entorno.
	Afianzar la comunicación mediante el incremento del vocabulario y el uso adecuado de diferentes expresiones lingüísticas de manera de enriquecer sus conversaciones.
	Ampliar su producción lingüística utilizando la expresión oral para contar anécdotas y cuentos, crear pequeñas narraciones, recitar rimas, entonar canciones, entre otros.
Relaciones Lógico Matemáticas	Establecer las primeras relaciones espaciales con los objetos y personas con que interactúa, percibiendo la función de su cuerpo y las relaciones: lejos-cerca, dentro-fuera, encima-debajo y la continuidad o discontinuidad de superficies o líneas.
	Iniciarse en el empleo de cuantificadores simples: mucho-poco, más-menos, mayor-menor.
	Iniciarse en el conteo de objetos e imágenes.

3.5.6 Evaluación del Programa “Juguemos con nuestros hijos”

Para la evaluación de este programa se recurre a un equipo evaluador externo y experto perteneciente al CEDEP (Centros de Estudios de Desarrollo Psicomotor) y financiado con aportes de UNICEF.

El objetivo es evaluar el impacto del programa en los niños y sus madres. Para ello se realizará una evaluación inicial (pre) seguida, seis meses después, de una evaluación final (post). El diseño contempla la evaluación del desarrollo/aprendizaje alcanzado por el niño (a) s y la calidad del rol mediador ejercida por sus madres (o cuidadores principales). Además, se evalúa el rol de las agentes educativas que participan del programa.

Objetivos de la evaluación

- Objetivo general: evaluar, año tras año, el desarrollo del programa de estimulación del desarrollo titulado “Juguemos con nuestros hijos” del Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta de la comuna de Puente Alto.
- Objetivos específicos:
 - Evaluar el nivel de desarrollo/ aprendizaje de los niño(a) s que participan del programa de estimulación del desarrollo (PED).
 - Evaluar la calidad del rol mediador de las madres de los niño(a) s que participan del PED.
 - Evaluar la calidad del rol mediador de las agentes educativas.
 - Describir las percepciones y necesidades de las madres (o cuidadores principales) en relación al PED.
 - Conocer las percepciones de los diferentes profesionales del centro de salud en relación a la implementación del PED.

Instrumentos de Evaluación

En el equipo que dirige el Programa existe un gran interés en evaluar constantemente la práctica educativa que allí se realiza por lo cual se utilizan distintos instrumentos de evaluación como:

- Pauta de observación: La observación de las sesiones se hizo utilizando una Pauta de Observación diseñada por CEDEP y especialmente adaptada para este Programa. Ésta registra 77 indicadores agrupados en las siguientes dimensiones:

Tabla N°15: Dimensiones a evaluar

Dimensión	Indicadores
Agentes Educativas	Clima y Comunicación
	Rol mediador de las agentes educativas
	Estimulación del Lenguaje
	Liderazgo / Trabajo en equipo
Díada madre – niño (a)	Vínculo Afectivo
	Rol mediador de la madre
Niño-Niña	Bienestar del niño/a

- Inventario Batelle:

Se seleccionó el Inventario de Desarrollo Battelle estandarizado en España por Svinicki & Dickson (1996). Esta prueba evalúa las habilidades fundamentales del desarrollo/aprendizaje en niño(a) s con edades comprendidas entre los 0 y los 8 años.

La versión aplicada en el presente estudio se compone de nueve subáreas, que se describen a continuación.

- Coordinación Corporal.
- Motricidad Fina.
- Comunicación Receptiva.
- Comunicación Expresiva.
- Memoria.

- Razonamiento y Habilidades Escolares: evalúa las habilidades de pensamiento crítico que el niño necesita para percibir, identificar y resolver problemas.
- Interacción con el Adulto: evalúa la calidad y frecuencia de las interacciones del niño con los adultos.
- Expresión de Sentimientos/Afectos.
- Alimentación. evalúa la capacidad del niño para comer, beber y realizar eficazmente las tareas relacionadas con la alimentación.

- Entrevistas:

Con el objeto de aportar un marco amplio de información donde poder contextualizar los resultados de la investigación, se realizaran entrevistas a personas y grupos claves.

- Entrevista Grupal al Equipo del Programa “Juguemos con nuestros hijos” (etapa inicial y final).
- Entrevista al Director del Centro de Salud Familiar (etapa inicial).
- Entrevista Grupal al Equipo de Enfermería (etapa inicial).
- Entrevista Grupal a las Madres que participan del Programa (etapa inicial y final).
- Entrevista a los Funcionarios del Centro de Salud (etapa inicial).

4. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS APLICADAS

Para la construcción del instrumento aplicado en esta investigación denominando: CUESTIONARIO PARA PADRES Y /O CUIDADORES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA “JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS/AS”, Consultorio Madre Teresa de Calcuta, Santiago de Chile, fue necesario una previa revisión bibliográfica sobre técnicas de investigación para así construir un cuestionario que satisficiera la necesidad de recopilar la información de interés para esta investigación.

4.1 Bases teóricas: Técnicas de investigación social

La técnica de investigación utilizada en esta ocasión es la entrevista y el instrumento aplicado es el cuestionario. A continuación se señala un breve marco teórico de ambos términos en los cuales nos basamos para la construcción del cuestionario elaborado en esta investigación.

4.1.1 La entrevista

Los instrumentos más poderosos de la investigación social moderna son la entrevista personal y el cuestionario. Ambos recogen actitudes, opiniones y percepciones que no pueden revelarse por medio de la observación externa. Actúan de manera complementaria, pues el cuestionario no siempre capta todos los procesos y situaciones psicológicas subyacentes en los comportamientos de las personas. En estos casos se recurre a la entrevista.

Vamos a entender la entrevista como una técnica para obtener cierta información deseada, de un sujeto determinado de antemano, por medio de una conversación directa fijada en un cuestionario previo y preciso. (Labrador, 1974)

Se compone de los siguientes elementos

- El objeto: la información deseada, el problema específico que deseamos conocer, que en el caso de nuestra investigación, sería comprobar como la participación de los padres y/o cuidadores en programas de atención temprana incide en el desarrollo de habilidades parentales.
- Sujetos: el entrevistador y el individuo determinado al que se ha de entrevistar, que en el caso de nuestra investigación las entrevistadoras fueron una psicóloga y la autora de esta tesis doctoral y las entrevistadas fueron madres y/o cuidadoras participantes del Programa de AT “Juguemos con nuestros hijos”.
- Instrumento: el temario preparado previamente sobre la base del objeto y sujeto

pasivo de la entrevista, que en nuestra investigación se trato de un cuestionario especialmente diseñado para la ocasión al cual llamamos “Cuestionario para padres y/o cuidadores participantes en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”.

- Forma: conversación directa desarrollada de forma metódica y planificada, que en nuestra investigación consistió en una entrevista individual guiada por el cuestionario de unos 15 a 20 minutos con cada persona.

La técnica de la entrevista personal descansa en dos puntos esenciales: el entrevistador y el cuestionario. El éxito de la encuesta por entrevista depende del entrevistador y su instrumento de trabajo. Debe haber una persona que oriente la conversación, que en nuestro caso fue la psicóloga y la autora de esta tesis y otra que debe ser orientada, que en nuestro caso fueron las madres y cuidadoras entrevistadas.

Valor y limitaciones

Algunos autores de técnicas de la investigación consideran a la entrevista como el elemento fundamental de la encuesta. Labrador (1974) señala que para Young la entrevista personal puede llegar a los verdaderos orígenes del comportamiento humano.

A pesar de la valoración positiva casi unánime por parte de los investigadores hacia la entrevista personal se debe considerar sus límites y su ámbito de objetividad.

La norma básica que siempre debe considerar el investigador en la elaboración de sus encuestas, será seleccionar previamente el método a utilizar para obtener los datos del problema específico que estudie, ponderando las ventajas e inconvenientes de cada procedimiento; si es o no adecuado para captar el problema.

Ventajas de la entrevista personal

Como señalamos anteriormente, para esta investigación, utilizamos la técnica de la entrevista personal que presenta las siguientes ventajas:

- Flexibilidad: permite al investigador adaptarse a las circunstancias y personas.
- Permite observar al entrevistado, sus reacciones, su ambiente, añadiendo registros que el cuestionario no recoge.
- Es fácil verificar la veracidad de las respuestas al contrastarlas con otros informes complementarios de la personalidad del entrevistado.
- Obtiene respuestas a cuestiones personales e íntimas. (Es más fácil hablar de asuntos delicados que escribirlos)
- Las visitas se pueden multiplicar sin molestar.
- No requiere que el entrevistado sepa leer o escribir, que en nuestro caso fue un punto importante a considerar pues no sabíamos con certeza si toda la población participante de la entrevista era alfabeto.
- Garantiza que las respuestas sean las del entrevistado (siendo escritas podrían ser respuestas grupales o sugeridas por otros).
- Reduce el número de personas que no responde la entrevista (además, el encuestador puede preparar psicológicamente a la persona entrevistada).
- Permite hacer muestras completas y representativas de una población.
- Da la posibilidad de presentar material gráfico y sugestivo para motivar al entrevistado.
- Obtiene respuestas espontáneas (el entrevistado no está preparado con antelación).
- Puede durar el tiempo necesario hasta orientar el tema a investigar.

Una buena entrevista debe lograr reflejar objetiva y fielmente los aspectos de la realidad del objeto de estudio.

Inconvenientes

Hay ciertos aspectos, ajenos a la entrevista, que pueden dar lugar a fallos en la investigación, por ejemplo; cuando la muestra no es representativa del colectivo que se pretende estudiar, cuando hay falencias en la redacción del cuestionario o al ocurrir errores en el recuento o en la interpretación de las respuestas recogidas. También pueden presentarse otros inconvenientes de índole material o de adaptación temporal.

Pero el principal error del auscultador es, sin dudas, la falta de objetividad: el entrevistador debe ser como un espejo en donde se reflejen los hechos u opiniones de los demás.

Entre los principales fallos de la entrevista personal, mencionados por distintos autores podemos encontrar:

- Es un procedimiento muy lento que sólo cubre áreas muy pequeñas.
- Es de un coste excesivo, por las muchas horas de trabajo de los entrevistadores y los múltiples desplazamientos.
- Los resultados pueden ser tergiversados por entrevistadores inexpertos, que en nuestro caso tratamos de controlar poniendo como únicos entrevistadores en las tres etapas (fase previa, cuestionario inicial y cuestionario final) a la misma psicóloga y a la autora de esta tesis.
- Puede haber divergencias entre distintos entrevistadores a la hora de comparar las entrevistas y a su vez pueden haber dificultades ante la comprensión de los distintos puntos de vista del entrevistador y del entrevistado.

A pesar de las desventajas antes mencionadas, el método de entrevista personal es el que se emplea más frecuentemente en la investigación social.

Tipología

El campo de la investigación social ofrece una rica y variada gama de entrevistas. No existe una sola clasificación que ofrezca una terminología completa, ya que cada escuela o grupo de científicos sociales bautizan sus procedimientos con nombres distintos. A continuación se ofrece una realizada por Labrador (1974) que sintetiza lo propuesto por diferentes autores:

- Por tipo de entrevistado:

Si bien, en esta investigación el grupo entrevistado pertenece a personas de bajos recursos materiales que clasificarían en el grupo 1 señalado a continuación, existen autores que de acuerdo al sujeto que será entrevistado distinguen tres tipos o grupos: personas de bajo nivel cultural, especialistas y líderes y a los grupos como tal:

- A agentes de bajo nivel cultural: se sugiere la conveniencia de dejar hablar al entrevistado de aquello que sabe de manera práctica, de sus experiencias vitales. El entrevistador debe evitar fijarse en repeticiones complicadas, fórmulas gramaticales incorrectas o juicios sin fundamento. Este tipo de entrevista se emplea generalmente en las encuestas de opinión.
- A especialistas y líderes: Es importante entrevistar a las personas que influyen a la comunidad. Para este tipo de entrevista es importante conocer los distintos puntos de vista entre las opiniones y actitudes de los dirigentes y las masas en los diversos grupos y estratos sociales. También se debe considerar que cuando los líderes no hablan voluntariamente prefieren mantener en secreto gran parte de lo que saben y que están más inclinados que el resto a deformar la verdad, por motivos de prestigio, ideología o por el consabido partidismo.
- A grupos (“bola de nieve”): este tipo de entrevista ahorra tiempo y dinero y facilita la expresión de ideas subconscientes, pero sólo permite conocer la opinión de la mayoría, los datos recogidos en ella no se pueden tratar estadísticamente. Para realizar esta entrevista es importante buscar un grupo que represente una muestra estratificada de los miembros del colectivo para

el estudio. Se debe crear una atmósfera amistosa para que todos hablen sin dificultad. El entrevistador debe limitarse a plantear el tema y dirigir la discusión, centrándose en escuchar e interrogar sólo cuando se desvían del tema.

- Tipo de forma:

La elección entre formal e informal en una entrevista dependerá del carácter de la investigación. La primera es más uniforme y provee de resultados más rápidos y menos costosos, pero a veces conviene utilizar la informal cuando las materias descritas en el cuestionario resultan crudas o superficiales.

- Por la fase en la que se realiza:

- Preliminar: se practica durante la fase de toma de contacto global y persigue el establecimiento de perspectivas de conjunto.
- Directa: se emplea durante la obtención de datos y permite la verificación de las conclusiones que comienzan a desprenderse.
- Sondeos rápidos: se llevan a cabo interrogando a personas que conozcan perfectamente el objeto de estudio.
- De posición: sitúa las unidades analizadas en una determinada categoría. Se practica durante el curso de la elaboración e interpretación de los datos, permitiendo rellenar las lagunas de la observación y aclarar los puntos dudosos.
- Comprobación de hipótesis: es una comparación de las conclusiones en curso de elaboración y es en esta fase que se realizan las entrevistas de nuestra investigación, pues pretendemos comprobar nuestra hipótesis de que la participación de los padres y/o cuidadores incide en el desarrollo de sus habilidades parentales.
- Ajuste de síntesis: se basa en el diagnóstico sintético de los resultados que se compara con la opinión de los especialistas.
- Preparación para la intervención: fundamenta la posible acción que surge de la dinámica de las conclusiones con el juicio que ofrecen los expertos en el

tema de dicha táctica de intervención.

- Por el tipo de objeto:

- Documentarias: cuando se pretende captar lo que un sujeto sabe de los hombres, las cosas o los acontecimientos
- De opinión o personalidad: es la utilizada en nuestra investigación ya que se interroga a un sujeto para conocer sus actitudes u opiniones sobre un tema concreto.

- Tipos particulares:

- De profundidad: consiste en la realización de un análisis más profundo de las opiniones, de las actitudes y de la personalidad global del entrevistado. Es un tipo de entrevista informal que no requiere de un cuestionario pre establecido.
- Repetidas (“panels”): consiste en la repetición de las mismas preguntas en intervalos regulares, hechas a las mismas personas en un grupo homogéneo, con el fin de estudiar la evolución de las actitudes y opiniones durante un período de tiempo. De este tipo es la entrevista realizada en nuestra investigación, pues nos era muy útil para explorar la dinámica de los cambios de opinión y de actitudes en el plazo de duración del programa: 9 meses.
- Demostrativas: son aquellas en las que el supervisor actúa como informante y otra persona como investigador, con la finalidad de capacitar a los entrevistadores. La crítica y discusión de los procedimientos de interrogación, así como sobre la técnica de registro de los datos recabados, sirve para plantear problemas y conseguir una interpretación más uniforme.

4.1.2 *El cuestionario*

Para nuestra investigación se diseñó un cuestionario como instrumento para recoger la información deseada. En la investigación social es un instrumento insustituible por la riqueza de la información que recoge y que no puede ser obtenida por medio de otras técnicas o procedimientos.

Entre sus definiciones encontramos:

- Noción vulgar: Un cuestionario es una relación ordenada de preguntas numeradas en forma correlativa sobre cuestiones que deben ser respondidas por un grupo de sujetos previamente escogidos por el investigador.
- Noción científica: Un cuestionario es un conjunto de estímulos verbales al que se somete a un grupo de personas determinadas para conocer y observar su conducta a través de las palabras.

El cuestionario es un instrumento inductivo, pues las preguntas y estímulos que se ofrecen a un grupo de sujetos determinados, están orientadas a detectar sus respuestas, actitudes o comportamientos sobre una materia concreta. A través de este instrumento se pretende llegar a conocer la sinceridad de las contestaciones.

Cualidades del cuestionario ideal

- Completo: recoge toda la información sobre el objetivo de estudio, en función de las hipótesis propuestas.
- Breve: tiene que ser aplicado en el menor tiempo posible.
- Claro: la precisión en la formulación de las preguntas, en los conceptos utilizados y en la mecánica de su aplicación influye enormemente en la calidad de las respuestas.

- Fácil de registrar y elaborar: las preguntas han de ser contestadas por personas con diversos niveles de instrucción y problemáticas diversas, debemos tener en cuenta que todas sus respuestas y los datos obtenidos luego habrán de ser codificadas y tabuladas.
- Bien presentado: la presentación externa de los cuestionarios y la confección material de los mismos influyen no sólo en el número de respuestas, sino también en el sentido y exactitud de los resultados.

Tipos de cuestionarios y preguntas

- Por la forma de cumplimentación:
 - Por entrevista personal.
 - Por correo.
 - Por teléfono.
 - Por prensa (insertos, encartados o embuchado).
 - Por televisión (concursos).
 - Por radio (concursos).
- Por el contenido:
 - Factual: Las preguntas se refieren a hechos concretos.
 - De opiniones: Se averigua qué piensa el encuestado sobre un determinado problema.
 - De actitudes: Se busca conocer la conducta del sujeto ante un problema determinado.

Elementos o partes de un cuestionario:

- Entidad que lo hace.
- Título del tema de estudio.

- **Presentación.** Consiste en una breve introducción que indica el motivo de la investigación y las instrucciones para contestar. Se advierte que es anónimo, confidencial; y se pide que respondan con la mayor exactitud posible. Cuando la aplicación del cuestionario se hace por entrevista personal es el entrevistador quien hace las advertencias, siguiendo instrucciones concretas que también figuran escritas para uniformizar la aplicación.
- **Preguntas de identificación y situación.** Intentan conocer las características del encuestado: por lo general se refieren a: edad, sexo, estado civil, origen geográfico, situación socioeconómica (profesión), ideología política, grupo étnico (en países de diversidad racial), grupo religioso (en países con diversidad racial) o índice de adhesión a la iglesia, etc.
- **Preguntas sobre el objetivo del cuestionario.** Responden directamente al tema que es objeto de estudio.
- **Preguntas de control.** Sirven para verificar la sinceridad tanto del encuestado como del encuestador o su fidelidad a lo real.

Tipología de preguntas

- **Por el objetivo a captar.**
 - Preguntas de hechos.
 - Preguntas de opiniones.
 - Preguntas de comportamiento.
- **Por la libertad de respuesta.**
 - **Abierta o libre:** la posibilidad de respuesta en este tipo de preguntas es teóricamente ilimitada, pudiendo haber tantas respuestas como sujetos interrogados o más.
 - **De opción múltiple:** Son preguntas que ofrecen variadas posibilidades de

elección de respuesta. Hay que ofrecer la posibilidad de un mayor número de respuestas.

- Dicotómica: Es la pregunta que sólo admite una doble alternativa cerrada o de alternativas fijas: Es aquella que establece una serie determinada y concreta de aspectos como posible respuesta del interrogado. Estas alternativas pueden ser “sí” o “no”, o pueden proporcionar indicación de varios grados de aprobación.
- Por el modo de contestar: Escribiendo, marcando, ordenando, dibujando, etc.
- Por la forma de interrogar:
- Directas: Son preguntas que piden información abiertamente, sin medios que encubran el problema.
 - Indirectas: Buscan conocer la realidad a través de preguntas que no se refieren abiertamente al tema de estudio. En temas “tabú” se esquiva la pregunta directa.
- Por la función que desempeña:
- Básicas: Son preguntas que se refieren directamente al objeto de la encuesta.
 - Irrelevantes o de relleno: Pretenden descargar el posible cansancio del informante y quitar tensión al cuestionario. Son más amenas y deben aprovecharse como información útil.
 - Preguntas de control: Son preguntas de respuesta múltiple, destinadas a garantizar la sinceridad del encuestador y del encuestado. Son preguntas de habilidad que se repiten directa e indirectamente. Su formulación dependerá del contenido de la encuesta. Generalmente se introduce en la lista de respuestas posibles un nombre ficticio o una idea “ajena” al tema o bien, se repiten preguntas anteriores desde distintos puntos de vista. Para captar la sinceridad del encuestador, si la entrevista es por listado, se avisa previamente al entrevistado. Se mide luego el tiempo que se tarda en

encuestar y se halla el promedio.

- Pregunta filtro: Su objetivo es seleccionar aquellos sectores de la población que interesan a determinados aspectos del cuestionario. Es así como el tema que se establece en las preguntas clasifica en un sentido o en otro a los encuestados. Consiste en agrupar bloques de preguntas que pueden afectar o no al sujeto, a fin de agilizar el cuestionario y polarizar el tema en los interesados. De esta manera podemos plantear preguntas que sólo responderán aquellos que reúnan las condiciones que interesan al objeto de estudio.
- Pregunta proyectiva: Se trata de una pregunta vaga, en la que la respuesta será analizada desde el punto de vista de las percepciones, opiniones y motivaciones que predisponen al sujeto a contestar de esa manera puntual. Tales preguntas toman la forma de interrogación sobre un posible acontecimiento, o sobre un suceso imaginario sobre algo que la persona aún no ha conocido. En ocasiones se plantean como preguntas acerca de las opiniones de otras personas, porque las personas suelen dudar de expresar sus opiniones y les resulta más fácil “hablar por boca de otros”
- Preguntas explicativas: Aclaran conceptos equívocos o polivalentes, evitando el uso de palabras ambiguas. Su fin es otorgar al interrogado la posibilidad de comprender muy bien la pregunta para precisar mejor la respuesta.
- Preguntas rememorativas: están dispuestas específicamente para introducir al entrevistado en situaciones que provoquen el recuerdo de sucesos que, por su distancia en el tiempo, pueda recordar de forma vaga o imprecisa.
- Pregunta orientada (tendenciosa): se refiere a una exposición que no deja lugar suficiente al interrogado para contestar con libertad y de acuerdo a su propio criterio. Este tipo de preguntas invalidan la encuesta en mayor o menor medida y a veces por completo.

Aspecto y formato

Respecto a la presentación del material del cuestionario, es muy importante dar la sensación de que el cuestionario será fácil de cumplimentar, esto será decisivo en su

aceptación por la población que ha de ser interrogada.

- El tamaño: conviene que sea manejable, suele haber dos tamaños: folio y holandesa, siendo el último el más comúnmente empleado.
- La impresión: Para que los cuestionarios sean más atractivos conviene usar, cuando proceda y en forma adecuada, colores, fotos u otro material gráfico. Por la misma razón se deben excluir los tipos de letra demasiado pequeños o difíciles de leer y combinar caracteres de diferente tamaño para resaltar las partes más importantes. Es fundamental que esté bien impreso.
- El papel: La calidad del papel sobre el que se reproduzca el cuestionario ha de ser buena, si éste es entregado al público para su cumplimentación. Debe permitir usar pluma, lápiz y bolígrafo sin ninguna dificultad.
- La disposición: Es importante considerar la sensación que produce la distribución de la masa de impresión.

En el cuestionario, las preguntas deben presentarse un modo que facilite la anotación de las respuestas, por lo que habrá que dejar espacio suficiente para que se puedan contestar. Será útil marcar con líneas los espacios para escribir las respuestas. En ocasiones ayudará subrayar palabras aisladas en las que se quiera insistir dentro de cada pregunta.

Los recuadros restan monotonía a la impresión y ayudan a situar debidamente los datos, para su cumplimentación y recuento.

También conviene dejar márgenes para la ulterior codificación y elaboración de las respuestas.

Las preguntas serán numeradas de forma correlativa y clara.

Los cuestionarios deben garantizar la confidencialidad de los encuestados. Por ello,

en la introducción, se debe insistir en su carácter anónimo.

Confección del cuestionario

Para que toda la serie de operaciones que se ha de realizar ofrezca garantías de eficacia, el equipo o la persona encargada de llevar a cabo esta etapa deberá fijar previamente el fin de la investigación y detallar su plan de actuación.

- Fase previa

Antes de formular las preguntas, habrá que realizar un estudio profundo del problema. Se trata de conocer la materia, de adquirir un conocimiento teórico de los esquemas sociales, concretar la problemática, leer, documentarse, tomar contacto con esa realidad particular, hacer sondeos y entrevistas informales sobre el tema de estudio. A fin de recabar la mayor cantidad de información será necesario consultar diversos servicios a los que pueda interesar la investigación, mostrarles los posibles cuestionarios para recoger sus sugerencias.

- Estructuración del problema

Antes de realizar el cuestionario habrá que establecer de una manera lo más aproximada posible, el contenido de la problemática que la encuesta debe resolver.

Se debe determinar de antemano cuáles son los resultados que se espera alcanzar, para formular las hipótesis de trabajo en función de estos resultados o, al menos, aquellos que parecen accesibles.

Por último, se deben seleccionar las hipótesis según los objetivos dados que afectan al tema de estudio.

- Redacción de las preguntas

La primera condición para incluir una pregunta en un cuestionario es que sea clara,

explícita e inequívoca: hacerla de tal forma que el público interrogado sepa de qué se trata.

Se debe partir del supuesto de que la gran mayoría de las personas no serán capaces de entender frases complicadas o términos poco corrientes.

La redacción de las preguntas requiere de máxima cautela, exactitud, objetividad y precisión. Debe hacerse:

- De modo específico: Referidas concretamente a un hecho, opinión o actitud, sin dar lugar a ninguna ambigüedad, ni dificultad de interpretación. La ambigüedad puede conducir a conclusiones falsas y también las palabras cargadas de emotividad pueden invalidar las respuestas.
- Lenguaje sencillo: Usando palabras comunes, sin posibilidad de equívoco, aunque sean sencillas deben ser, a su vez, precisas y exactas.
- Pregunta directa, en la medida de lo posible.
- Adaptada al nivel cultural de los interrogados: Las preguntas tendrán que adecuarse a los niveles de inteligencia y de cultura de los encuestados, de manera tal que tengan la misma significación para todos.

- Orden y número de las preguntas

La primera impresión es fundamental, por esta razón las primeras preguntas deben parecer fáciles de cumplimentar, a fin de captar la atención del encuestado. La presentación de los temas difíciles podrá venir a continuación.

- Orden temporal: Posibilita establecer los hechos en su proceso real. No haremos preguntas de un hecho posterior sin conocer lo anterior.
- Orden lógico: Se debe preguntar lo general antes que lo particular, lo universal antes que lo específico.
- Orden psicológico: Las preguntas más incisivas, más delicadas no deben ponerse al principio. Es mejor empezar con las preguntas de identificación y las irrelevantes.

- Número de las preguntas

La norma fundamental es que el cuestionario sea conciso. La brevedad dependerá del sujeto entrevistado y del objetivo de estudio. La brevedad no se mide por la cantidad de preguntas sino por la índole de éstas. Por ejemplo, muchas preguntas cerradas pueden requerir menos tiempo de reflexión que una sola abierta.

Goldthorpe (2010) señala que Bowley presenta las siguientes reglas en relación al número de preguntas:

- Las preguntas deben ser pocas.
- Las preguntas deben ser hechas de forma que requieran una respuesta numérica o simplemente afirmación o negación, o bien la elección de una categoría propuesta.
- Las preguntas han de ser sencillas y redactadas de forma que puedan comprenderse con facilidad por las personas a quienes van destinadas.
- Las preguntas han de ser hechas de formas que no levanten prejuicios.
- Las preguntas no deben ser indiscretas sin necesidad.
- Las preguntas que se hagan habrán de ser corroborativas.
- Las preguntas habrán de estar hechas en forma que contesten directamente y de modo inequívoco al punto de información deseado.

- Prueba previa

Una vez redactadas y ordenadas las preguntas, (adaptadas al sujeto y suficientemente claras para contestar) se confecciona el borrador del cuestionario. Es importante cuidar que su extensión sea breve y fácil de tabular, para su elaboración posterior.

- Eliminación de preguntas innecesarias

El borrador suele ser muy largo: por ello conviene suprimir lo menos importante, lo accesorio y lo que resulte redundante.

4.2 Diseño del instrumento aplicado: “Cuestionario para padres, madre y/o cuidadores participantes del Programa Juguemos con nuestros hijos/as, Consultorio Familiar madre Teresa de Calcuta, Santiago de Chile”

El instrumento fue construido para la población de padres que asiste al Programa del centro de salud Madre Teresa de Calcuta, perteneciente a la Pontificia Universidad Católica en la comuna de Puente Alto, en Santiago de Chile. Si bien el mismo Programa con algunas modificaciones, ha sido implementado en los años 2009-2010 en otros centros de salud de la Universidad, para esta investigación, sólo se considero la población participante en Madre Teresa de Calcuta, pues el cuestionario fue elaborado tomando en cuenta el nivel cultural, educacional de este grupo de padres y en función de los contenidos y metodologías que el grupo de educadoras de este centro aplica en su rutina con los niños y sus padres y/o cuidadores.

El tema que aborda el cuestionario de esta investigación tiene relación con el desarrollo de destrezas y habilidades para enfrentar la tarea de ser padres, a lo cual denominaremos: HABILIDADES PARENTALES.

La selección de las habilidades parentales a evaluar fue inspirada en la lectura de un artículo de Rodrigo publicado por REDALYC (Red de revistas científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal) en el año 2009.

“Desde una perspectiva evolutivo-educativa la familia es un grupo humano que tiene como misión construir un escenario adecuado para el desarrollo de personas y apoyarlas en su proceso de aprendizaje (Rodrigo y Palacios, 1998). Parece evidente que, para un óptimo desarrollo de dicha tarea, los padres necesiten disponer de competencias que permitan proteger a los menores a su cargo y favorecer su desarrollo positivo.

Paradójicamente, son escasos los estudios que se han ocupado del análisis y la evaluación de las competencias parentales. Básicamente esos estudios se han hecho en dos ámbitos: en contextos judiciales, en donde la evolución de las competencias parentales es útil para la determinación , por ejemplo, de la custodia de los hijos y en

contextos de riesgo psicosocial, para conocer la capacidad de los padres en la prevención del maltrato infantil (Azar y Cote , 2002).

Un modelo de evaluación de las competencias parentales es el desarrollado por el Departamento de Salud de Reino Unido (Departmento of Health, 2000).

En el área de competencias parentales mide las siguientes dimensiones:

- Cuidados básicos
- Garantías de seguridad en la protección del menor
- Calidez emocional
- Estimulación del menor
- Guía y límites en el comportamiento del menor
- Estabilidad en sus vidas.

Pero antes se necesita determinar: ¿Qué entendemos por competencia parental?

La competencia es un concepto integrador que se refiere a la capacidad de las personas para generar y coordinar respuestas flexibles y adaptativas a corto y largo plazo ante las demandas asociadas a la realización de sus tareas vitales y generar estrategias para aprovechar las oportunidades que les brindan los contextos de desarrollo (Masten y Curtis, 2000).

Las competencias requieren de oportunidades para practicarlas, el aprendizaje de habilidades para poder utilizar las oportunidades que se le brindan y el reconocimiento social de la tarea vital bien hecha.

Centrándose en el tema de las competencias parentales, se define como: “el

conjunto de capacidades que permiten a los padres afrontar de modo flexible y adaptativo la tarea vital de ser padres, de acuerdo con las necesidades evolutivas y educativas de los hijos/as y con los estándares aceptados por la sociedad, aprovechando todas las oportunidades y apoyos que les brindan los sistemas de influencia de la familia para desplegar dichas capacidades”. (Rodrigo, Máiquez, 2009).

Las competencias parentales son el resultado de un ajuste entre las condiciones psicosociales en las que vive la familia, el escenario en que los padres y/o cuidadores han construido para realizar su tarea vital y las características del menor (White, 2005).

Azar y Cote (2002) han desarrollado un modelo cognitivo conductual que considera que una parentalidad competente tiene que ver con la capacidad de adaptación de los padres y que estas no defieren mucho de las necesarias para funcionar satisfactoriamente en las relaciones interpersonales en general.

Estos autores agrupan en cinco áreas las distintas competencias parentales:

- Educativas: manejo del niño/a, cuidado físico, seguridad, expresión emocional.
- Sociocognitiva: expectativas adecuadas respecto a las capacidades infantiles.
- Autocontrol: control de impulsos, asertividad.
- Manejo de estrés: capacidad para divertirse, mantenimiento de apoyo social.
- Sociales: reconocimiento de emociones, empatía.

Reder y Lucy (2003) sugieren que en el ejercicio de la parentalidad se necesita disponer de competencias relacionadas con:

- Funcionamiento personal: residencia, reflexión sobre la propia conducta.
- Competencias relacionadas con el rol parental: cuidado físico y emocional,

aceptación de la responsabilidad parental)

- Competencias asociadas a la relación con el niño: reconocimiento de las necesidades del niño, interés en las experiencias y bienestar del niño.

Por último, para la clasificación de la categorías a evaluar en nuestro cuestionario, nos quedamos con los autores españoles: Rodrigo, Máiquez, Martín (2009), que estructuran las competencias parentales necesarias para la crianza de los hijos en las siguientes cinco categorías:

- Habilidades educativas: calidez en las relaciones, estimulación y apoyo del aprendizaje, autoeficacia parental, actitud ética ante la vida y la educación de los valores.
- Habilidades de Agencia parental: Percepción ajustada del rol parental, se tiene una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación, reconocimiento de la importancia del papel de los progenitores en el bienestar del menor.
- Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social: implicación en la tarea educativa, visión positiva de los niños y la familia, búsqueda de ayuda en la familia y/o instituciones cuando tienen problemas con los hijos, confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que quieren ofrecer apoyo y ayuda.
- Habilidades para la vida personal: control de impulsos, asertividad, planificación del proyecto de vida, visión optimista y positiva ante la vida.
- Habilidades de organización doméstica: administración eficiente de la economía doméstica, higiene y control de la salud de los miembros de la familia, arreglos y mantenimiento de la vivienda.

En el caso del cuestionario creado para el Programa “Juguemos con nuestros hijos” se diseñaron preguntas en las siguientes cuatro categorías, que fueron denominadas con

el siguiente nombre:

- Habilidades de Agencia Parental: 10 preguntas
- Habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño/a: 5 preguntas
- Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social: 4 preguntas
- Habilidades educativas: 19 preguntas

Además se incorporó, al inicio del cuestionario, todo lo relativo a la información de identificación del adulto que contestaba y preguntas relacionadas a su formación que podían ser interesantes para un posterior análisis. En este ítem se redactaron 10 preguntas.

A modo de validar nuestro cuestionario se realizó una marcha blanca o prueba previa en diciembre del año 2010. En esta primera etapa participo un grupo de 30 padres escogidos al azar que asistían al Programa en ese momento. La técnica de investigación utilizada en ese momento fue la entrevista personal y el instrumento, el cuestionario (borrador 1) diseñado para esa ocasión. Nuestro objetivo era obtener la información deseada por medio de una conversación directa entre el entrevistador y el individuo que contestaba fijada en un cuestionario previo al que se le denominó “Borrador 1”.

La duración de cada entrevista fue de un promedio de 15 minutos por persona. Se acudió al centro de salud un total de 4 días pues solo se contaba con una hora diaria para entrevistar a los individuos. El entrevistador invitaba al adulto que contestaba, a retirarse a una sala a solas donde realizaba las preguntas en voz alta y transcribía las respuestas, tanto las preguntas de alternativas como las de desarrollo.

La entrevista era de opinión o personalidad, lo que en la clasificación de Labrador, C. (1974) se denominaría como “aquellas entrevistas donde se interroga al sujeto con el fin de conocer sus actitudes y opiniones sobre temas concretos”, que en este caso, están relacionados con la crianza, educación de los hijos y los modos de enfrentar la tarea de

ser padres.

Quienes entrevistaron a los participantes fueron la autora de esta tesis y una psicóloga, ambas, no habían tenido nunca relación directa con los padres ni con los niños participantes del programa, tan solo se habían relacionado con el equipo directivo y de profesionales que lo dirige.

Durante el proceso, las entrevistadoras fueron tomando notas de aquellas preguntas y palabras que presentaban dificultad de comprensión por parte de los entrevistados. Luego de recoger, revisar y compartir las respuestas a las preguntas del Borrador 1, las entrevistadoras aplicaron correcciones y ajustes. Se eliminaron un par de preguntas innecesarias por ser redundantes, naciendo así, el “Borrador 2”, el cual fue probado en el cuarto día de entrevista a un número de 5 personas. Al ver que la recepción por parte de los encuestados era buena, se aplicaron de modo definitivo esos cambios.

Al enfrentar la implementación del cuestionario inicial oficial en marzo del año 2011, se le pidió a un grupo de profesionales que revisaran el instrumento. Este grupo de expertas estaba compuesto por:

- Profesora directora de esta tesis
- Profesora Catedrática del departamento de Historia y teoría de la Educación UCM.
- Médica de familia, directora del Programa “Juguemos con nuestros hijos
- Socióloga experta en técnicas de la investigación.
- Una matemática estadista experta en construcción de instrumentos de evaluación
- Dos Psicólogas educacionales.
- Dos educadoras infantiles que trabajan en el Programa.

Con los aportes entregados por estas profesionales se aplicaron cambios de tipo

configuración, presentación, orden de las preguntas y eliminación de preguntas innecesarias, nada relacionado con el contenido, quedando así, el “Borrador 3” como el cuestionario oficial a pasar en todo el proceso: Marzo 2011 (cuestionario inicial) y en Diciembre 2011 (cuestionario final).

Nos preocupamos que este Cuestionario tuviera ciertas cualidades mencionadas por Labador, C. (1974) como “cuestionario ideal”:

- Completo: ya que recoge la información sobre el objetivo de estudio en función de la hipótesis propuesta.
- Breve: son 90 preguntas que se aplican en un promedio de 15 minutos.
- Fácil de registrar: el diseño del cuestionario hace que las respuestas puedan ser rápidamente registradas para facilitar la codificación y tabulación posterior.

También procuramos que tuvieran las siguientes partes y elementos propios de un cuestionario bien elaborado:

- Título del tema en estudio
- Breve presentación
- Preguntas de identificación y situación (edad, sexo, estado civil, nivel educacional, etc.).
- Preguntas sobre el objetivo del cuestionario: aquellas que responden directamente al tema que es objeto de estudio.
- Preguntas de control: aquellas que sirven para verificar la sinceridad y coherencia del encuestado.
- Preguntas explicativas: son aquellas preguntas abiertas que se pusieron en el cuestionario con el fin de aclarar conceptos. Se le da la oportunidad al interrogado de precisar mejor su respuesta.

En cuanto a la redacción de las preguntas procuramos hacerlas:

- De modo específico: referidas concretamente a un hecho para evitar ambigüedades.
- Lenguaje sencillo: se usaron palabras lo más sencillas posibles, de fácil

- comprensión para la población destinataria.
- Preguntas directas

Luego de todo este proceso de construcción, implementación y revisión del cuestionario, obtuvimos como resultado final el siguiente instrumento, al cual denominamos “Cuestionario para padres y/o cuidadores participantes en el Programa “Juguemos con nuestros hijos /as”, que fue aplicado en marzo y en diciembre del año 2011.

**CUESTIONARIO PARA PADRES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA
"JUGUEMOS CON NUESTROS HIJOS/AS"
Consultorio Madre Teresa de Calcuta, Santiago de Chile. (Versión final)**

El objetivo de este cuestionario es recoger de los padres, madres y/o cuidadores que participan del Programa de estimulación temprana del desarrollo "Juguemos con nuestros hijos", su apreciación en cuanto a la relación y conocimiento que tienen de sus hijos/as y detectar si existe una mejora y evolución en sus habilidades parentales, al comparar las respuestas en el inicio del Programa y al finalizarlo.

Nº de folio: _____

Fecha: ____ / ____ / 2011

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A

P.1 Nombre : _____
P.2 Edad : _____ años _____ meses
P.3 Sexo :
1. Femenino
2. Masculino

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/MADRE/CUIDADOR QUE CONTESTA

P.4 Nombre: (respuesta voluntaria) _____
P.5 Nivel de escolaridad:
1. Enseñanza básica
2. Enseñanza media
3. Técnica superior
4. Universitaria
5. Otro tipo de estudio.
¿Cuál? _____
P.6 Actividad laboral:
1. Trabajo con contrato
2. Trabajo independiente
3. Estudio
4. Dueño/a de casa
P.7 Estado civil:
1. Casado/a
2. Soltero/a
3. Separado/a
4. Divorciado/a
5. Conviviendo
P.8 Relación con el niño/a:
1. Madre
2. Padre
3. Otro/a familiar
4. Otro/a, no familiar
P.9 Edad: _____ años cumplidos.

I. HABILIDADES DE AGENCIA PARENTAL

¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a? Puede escoger hasta 3 opciones.

		Sí	No	No contesta
P.10	Salud	1	0	99
P.11	Crianza	1	0	99
P.12	Alimentación	1	0	99
P.13	Educación	1	0	99
P.14	Ninguna preocupación	1	0	99
P.15	Otra preocupación. ¿Cuál?			

Conteste SÍ o NO según su opinión. Mi experiencia de ser madre, padre o cuidador/a ha sido:

		Sí	No	No contesta
P.16	Estresante	1	0	99
P.17	Satisfactoria	1	0	99
P.18	Cansadora	1	0	99
P.19	Entretenida	1	0	99

- P.20 ¿Cómo se lleva con el niño/a?
1. Muy bien
 2. Bien
 3. Regular
 4. Mal
 99. No sabe / No contesta

P.21 Explique con sus palabras el por qué de la opción escogida:

- P.22 ¿Se siente importante en la educación del niño/a?
1. Sí
 2. No
 99. No sabe / No contesta

- P.23 ¿Con cuál de las siguientes opiniones se siente más identificado?
1. Los padres son los más importantes en la educación de sus hijos
 2. La escuela es la más importante en la educación de los niños
 3. Todos somos igual de importantes: los padres y la escuela
 4. El consultorio médico es importante para la educación de los niños
 5. La escuela es poco importante
 6. Los padres son poco importantes
 99. No sabe / No contesta

P.24 Explique con sus palabras el porqué de la opción escogida:

- P.25 ¿Cómo definiría usted su desempeño como madre, padre o cuidador/a?
1. Muy bueno
 2. Bueno
 3. Regular
 4. Malo

P.26 Señale alguna fortaleza, algo que haga bien en su labor de madre, padre o cuidador/a:

P.27 Señale alguna debilidad, algo que no le resulte tan bien en su labor de madre, padre o cuidador/a:

II. HABILIDADES ASOCIADAS A LA RELACION Y CONOCIMIENTO DEL NIÑO/A

Escoja tres (identificar las características del 1 al 3, siendo 1 la más notoria y 3 la menos notoria)

P.28 Primera opción:

P.29 Segunda opción:

P.30 Tercera opción:

1. Alegre
2. Llorón/Llorona
3. Juguetón/ Juguetona
4. Serio/a
5. Travieso/a
6. Tímido/a
7. Inquieto/a
8. Curioso/a
9. Inteligente
10. Mañoso/a
11. Simpático/a
12. Cariñoso/a
13. Ordenado/a

P.31 ¿Cómo se da cuenta usted que el niño/a tiene alguna necesidad como hambre, sueño u incomodidad? ¿Da alguna señal?

1. Porque llora
2. Porque se pone mañoso/a
3. Porque me lo dice hablando
4. Otra forma. ¿Cuál? _____

¿A qué le gusta jugar al niño/a?

		Sí	No	No contesta
P.32	Pelota	1	0	99
P.33	Pillarse	1	0	99
P.34	Dibujar	1	0	99
P.35	Pintar	1	0	99
P.36	Ver cuentos y libros	1	0	99
P.37	Ver tv, películas	1	0	99
P.38	Jugar en el computador	1	0	99
P.39	Ayudar en las labores del hogar	1	0	99
P.40	Ir a la plaza	1	0	99
P.41	Otro. ¿Cuál?			
P.42	A la escondida (no leer, marcar si es mencionada)	1	0	99

P.43 ¿Para qué es bueno/a al niño/a? ¿Qué hace bien? (transcribir textualmente lo que dice el entrevistado/a)

P.44 ¿Qué es lo que más le cuesta hacer al niño/a? (transcribir textualmente lo que dice el entrevistado/a)

III. HABILIDADES DE AUTONOMIA PERSONAL Y BUSQUEDA DE APOYO

P.45 ¿Cree usted que necesita apoyo para educar al niño/a?

1. Sí (Continuar con la p.46)
2. No (Saltar a la p.58)
99. No sabe / No contesta

¿De quién espera recibir esa ayuda? (Puede escoger hasta 3 opciones)

		Sí	No	No contesta
P.46	De la familia	1	0	99
P.47	Del consultorio médico	1	0	99
P.48	Del colegio	1	0	99
P.49	De los amigos	1	0	99
P.50	Del barrio donde vivo	1	0	99
P.51	De las autoridades	1	0	99

¿En qué temas le gustaría que se le ayudase? (Puede escoger hasta 3 opciones)

		Sí	No	No contesta
P.52	El manejo del comportamiento (colocar límites)	1	0	99
P.53	En los cuidados del niño/a: higiene y alimentación	1	0	99
P.54	En el enseñarle hábitos como comer, lavarse, ordenar, etc.	1	0	99
P.55	En la prevención de accidentes en el hogar	1	0	99
P.56	A conocer la evolución del desarrollo del niño/a	1	0	99
P.57	En otro tema. ¿Cuál?			

P.58 ¿Qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?

1. Mi salud
2. La salud de quienes me rodean
3. Conseguir trabajo
4. Mantener mi trabajo
5. Educar a mis hijos
6. Mejorar mi situación económica
7. Otra. ¿Cuál? _____
99. No sabe / No contesta

IV. HABILIDADES EDUCATIVAS

P.59 ¿Cómo considera usted la labor de ser madre, padre o cuidador?

1. Muy fácil
2. Fácil
3. Regular
4. Difícil
5. Muy difícil
99. No sabe / No contesta

¿Qué espera del niño/a?

		Sí	No	No contesta
P.60	Que crezca sano/a	1	0	99
P.61	Que sea feliz	1	0	99
P.62	Que sea buena persona	1	0	99
P.63	Que sea un/a buen/a estudiante	1	0	99
P.64	Que llegue a ser un/a profesional	1	0	99
P.65	Que forme una linda familia	1	0	99
P.66	Otra expectativa	1	0	99

P.67 Explique con sus palabras el porqué de la opción escogida:

P.68 ¿Juega con el niño/a?

1. Sí (Continuar con la p.69)
2. No (Saltar a la p.80)
99. No sabe / No contesta

¿Qué tipo de juegos le gusta hacer con usted?

		Sí	No	No contesta
P.69	Pelota	1	0	99
P.70	Pillarse	1	0	99
P.71	Dibujar	1	0	99
P.72	Pintar	1	0	99
P.73	Ver cuentos y libros	1	0	99
P.74	Ver tv, películas	1	0	99
P.75	Jugar en el computador	1	0	99
P.76	Ayudar en las labores del hogar	1	0	99
P.77	Ir a la plaza	1	0	99
P.78	Otro. ¿Cuál?	1	0	99
P.79	A la escondida (no leer, marcar si es mencionada)	1	0	99

Indique la opción que mejor describe la relación que usted tiene con el niño/a en la actualidad:

		Siempre	Casi siempre	Poco	Nunca	No contesta
P.80	Le hablo con una voz cálida y amigable	1	2	3	4	99
P.81	Le dejo hacer las cosas que a él/ella le gusta hacer	1	2	3	4	99
P.82	Soy fría/o, seca/o con mi hijo/a	1	2	3	4	99
P.83	Soy cariñosa/o con él/ella	1	2	3	4	99
P.84	No quiero que crezca, quiero que siga siendo un/a niño/a.	1	2	3	4	99
P.85	Intento controlar todo lo que hace	1	2	3	4	99
P.86	Le sonrío con frecuencia	1	2	3	4	99
P.87	Entiendo qué es lo que necesita y quiere	1	2	3	4	99
P.88	Lo/a dejo tomar sus propias decisiones	1	2	3	4	99
P.89	Lo/a hago sentir querido/a	1	2	3	4	99
P.90	Sé consolarle cuando está mal	1	2	3	4	99
P.91	Hablo mucho con él/ella	1	2	3	4	99
P.92	Soy sobreprotector/a con él/ella	1	2	3	4	99
P.93	Lo/a alabo, lo/a felicito, lo/a elogio (le digo cosas buenas)	1	2	3	4	99

P.94 Si es cuestionario inicial: ¿Qué espera de este taller? ¿Cuáles son sus expectativas?
Si el cuestionario es final: ¿Se cumplieron sus expectativas respecto al taller? ¿Por qué?

4.3 Aplicación del cuestionario

El cuestionario elaborado para esta investigación fue aplicado en tres instancias.

La primera fue en diciembre del año 2010 y respondió a una marcha blanca, que tuvo como principal objetivo comprobar el nivel de recepción que tenía nuestro instrumento en una muestra de la población existente en ese momento, en su mayoría distinta de la población a la cual sería aplicado formalmente al año siguiente. Fue así como participaron 30 padres, madres y/o cuidadores que en ese entonces finalizaban su participación en el Programa 2010 y que como resultado pudimos aplicar los cambios y reformas pertinentes para una mejor aplicación al año siguiente: marzo y diciembre 2011. Los cambios sustanciales fueron pocos, casi todos relacionados con el lenguaje y vocabulario aplicado y con la clasificación de las preguntas según los ámbitos seleccionados. Finalmente la versión 3 quedó como el cuestionario definitivo, el cual fue aplicado formalmente a la totalidad de los adultos participantes. En la evaluación inicial, en marzo del año 2011 participaron 45 personas y en diciembre del 2011 participaron 33 adultos. Las deserciones en un 60% se debieron a que el adulto asistente al programa encontró trabajo y el otro 40% desertó sin dar explicaciones.

5. PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS

El proceso de recogida de datos para esta investigación, se realizó en dos instancias:

- Cuestionario Inicial: se realizó entre los días 21 de marzo y 6 de abril del año 2011.
- Cuestionario Final: se realizó entre días 12 y 22 de diciembre del año 2011.

Al igual que en la marcha blanca o prueba previa, las entrevistadoras fueron la autora de esta tesis y la misma psicóloga que participo en esa primera fase. Los adultos, en cambio, eran todos nuevos participantes ya que en marzo se inicia calendario escolar en Chile y el grupo de padres eran principiantes en el Programa. Los adultos

participantes del cuestionario final, fueron las 33 mujeres (madres o cuidadoras) que perduraron en el Programa a lo largo del año.

En cuanto al tiempo utilizado en cada entrevista fue de un promedio de 15 minutos por persona. Esta vez, no se salió de la sala de trabajo, sino que se habilitó un rincón de la sala con una mesa y dos sillas para ir pidiendo a cada padre participante que nos acompañara unos minutos sin que el menor lo perdiera de vista, pues, sobre todo al inicio del programa (marzo 2011), la ausencia de los padres generaba mucha intranquilidad en los niños/as, perjudicando el ambiente del taller. Por esta razón se determinó hacer las entrevistas dentro de la sala en el momento de juego libre de la rutina de los niños.

6. TRATAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En los siguientes puntos presentaremos el análisis de los datos en dos momentos: primero tomando en cuenta las respuestas del cuestionario inicial y luego los del cuestionario final. En el siguiente punto 10.1 se muestran las respuestas del cuestionario inicial realizado en marzo del año 2011, que pueden ser de interés para formarse una idea general de las características del grupo de padres y/o cuidadores participantes al inicio del programa (45 adultos) sin embargo, el análisis más detallado y riguroso se hizo con las respuestas del cuestionario final ya que corresponde a las personas que perduraron en el programa hasta el final (33 personas) y que sólo con ellas se podrá corroborar o no la hipótesis planteada en el inicio de esta investigación, pues nuestro interés está en constatar los cambios en las habilidades parentales de aquellos que participaron en ambas instancias, quedando fuera de nuestro interés el grupo que desertó.

6.1 Resultados cuestionario inicial: marzo 2011

A continuación presentaremos los datos que pueden ser de interés para tener una idea generalizada del grupo de adultos participantes al inicio del programa, sin embargo, no serán datos tan determinantes como los resultados del cuestionario final, ya que las cifras incluyen al 27% de adultos desertores , que para el análisis final , no cuentan.

6.1.1 Sexo y edad de los menores participantes

En referencia a la identificación del niño/a, correspondiente a las preguntas n° 1 y 2 del cuestionario, nos dan cuenta del sexo y edad de los menores participantes. Esto se ve reflejado en la siguiente tabla:

Tabla N°16: Sexo y edad de los/as menores

Sexo	Niñas	Niños	Total
De 4 a 12 meses	9	5	14
De 13 a 24 meses	8	8	16
De 25 a 36 meses	4	11	15
Total	21	24	45

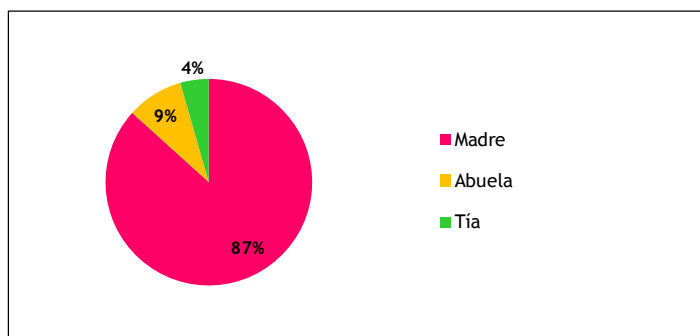
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011

En el cuestionario inicial aplicado en marzo- abril 2011 a los padres/madres y/o cuidadores de los niños participantes del Programa “Juguemos con nuestros hijos” de la comuna de Puente Alto en Santiago de Chile, participaron un total de 45 adultos, de los cuales 21 asistían llevando a menores de sexo femenino y 24 a menores de sexo masculino. La distribución de las edades es bastante equitativa. La mayoría la obtiene los niños/as ubicados entre los 13 a 24 meses, luego los de 25 a 36 meses y la tercera mayoría la presentan los bebés ubicados entre los 4 y 12 meses.

6.1.2 Características de los entrevistados

Para esta investigación nos pareció interesante saber el vínculo existente entre el entrevistado y el menor. Para ello, se planteó la pregunta N°8 del cuestionario, cuyas respuestas se ven reflejadas en el siguiente gráfico:

Gráfico N°1: Vínculo entre la entrevistada y el niño/a



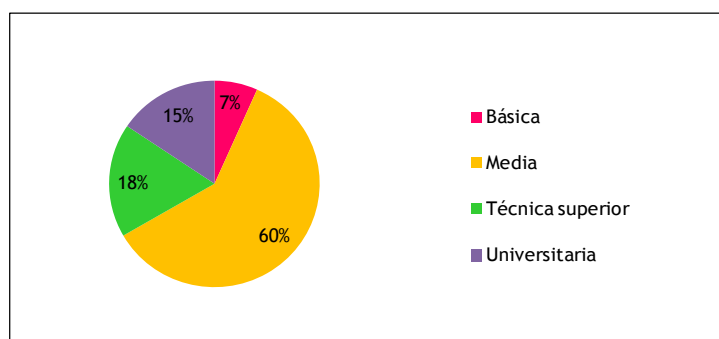
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

Los 45 cuestionarios aplicados, es decir, el 100% de los entrevistados, corresponden a personas adultas de sexo femenino que son las principales cuidadoras del niño/a y que el vínculo que los une al menor es ser su madre, abuela o tía. Como se aprecia en el gráfico n° 1, la gran mayoría de las mujeres participantes del Programa es madre del niño/a (87%). Un número bastante más bajo, un 9%, es abuela y tan solo un 4% es tía del niño/a participante en el taller.

6.1.3 Nivel de escolaridad de los entrevistados

Para esta investigación nos pareció interesante ver cómo influye el nivel de escolaridad del adulto a cargo del niño, en sus opiniones y comportamiento, para ello se realizó la pregunta n° 5 del cuestionario, donde las respuestas quedan reflejadas en el siguiente gráfico:

Gráfico N°2: Nivel de escolaridad de las mujeres entrevistadas



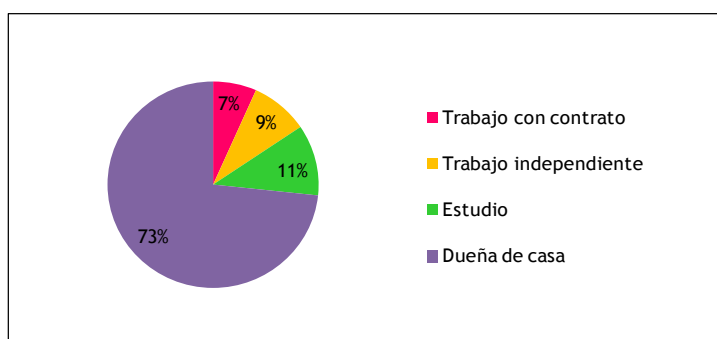
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

Como se puede apreciar en el gráfico n° 2, el nivel de escolaridad de las mujeres entrevistadas es bastante alto. Más de la mitad, un 60%, finalizó la escolaridad, es decir los 12 años de educación que comprende los 8 niveles básicos (equivalente a primaria) y los 4 niveles de enseñanza media (secundaria).

6.1.4 Actividad principal de las mujeres entrevistadas

En relación a la pregunta n° 6 del cuestionario que apuntaba a saber la principal actividad del adulto a cargo del niño/a, las respuestas se pueden ver con claridad en el siguiente gráfico:

Gráfico N°3: Actividad principal de las mujeres entrevistadas



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

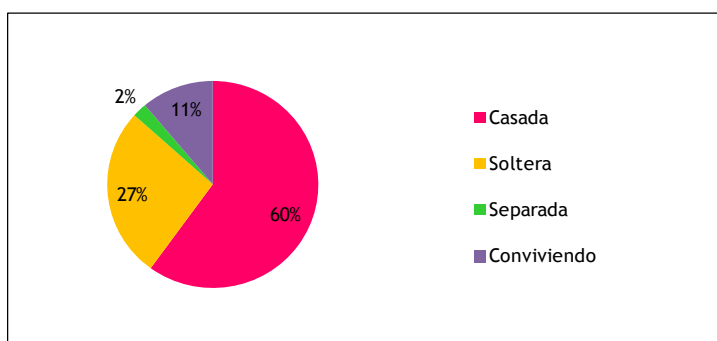
En el gráfico N° 3, se ve que la mayoría de las mujeres entrevistadas, un 73%, se desempeña como dueña de casa, es decir, realiza las labores del hogar junto con estar a

cargo del menor. Un 11% de mujeres se encuentra estudiando y el 16% restante tiene una actividad laboral con contrato o de manera autónoma.

6.1.5 *Estado civil de las entrevistadas*

En relación a la pregunta n°7 del cuestionario, referida al estado civil de los adultos entrevistados, las tendencias se pueden ver reflejadas en el siguiente gráfico:

Gráfico N°4: Estado civil de las entrevistadas



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

Como se puede apreciar en el gráfico n° 4, en cuanto al estado civil de las entrevistadas, la mayoría de las mujeres se encuentra casada (60%) y un 11%, conviviendo, es decir que un 71% de ellas, cuenta con una pareja estable con quien hacer frente a la crianza y educación del niño/a. Un número considerable esta soltera (27%) y un 2% separada, lo que hace suponer que la responsabilidad de los cuidados del niño/a recae en ella sola.

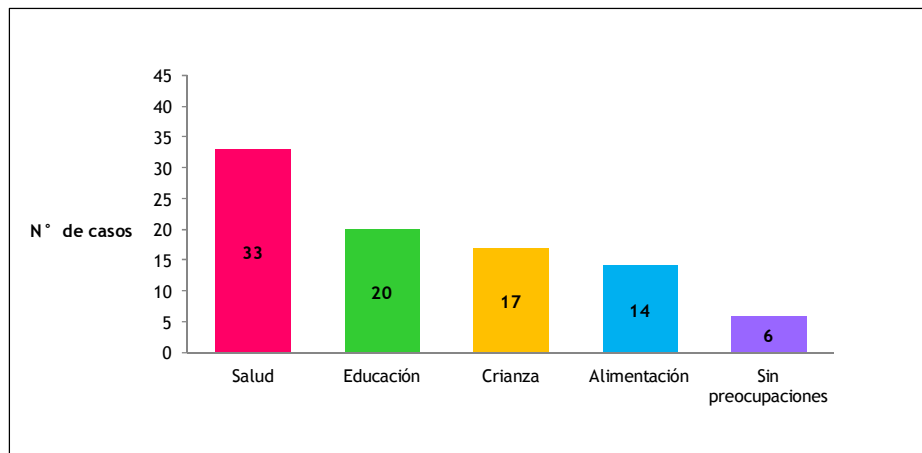
6.1.6 *Habilidades de agencia parental*

En este punto haremos el análisis de algunas preguntas del ítem I del cuestionario relacionadas con las principales preocupaciones y la importancia de la educación de los niños. Las respuestas corresponden a la preguntas referidas al ámbito de las habilidades de AGENCIA PARENTAL, es decir, las relacionadas una percepción ajustada del rol parental. Consiste en tener una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación, además existe un reconocimiento de la importancia del

papel de los progenitores en el bienestar del menor.

En el siguiente gráfico se reflejan las respuestas a nivel general de la siguiente pregunta del cuestionario: ¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?

Gráfico N°5: ¿Qué le preocupa a Ud. respecto al niño/a?

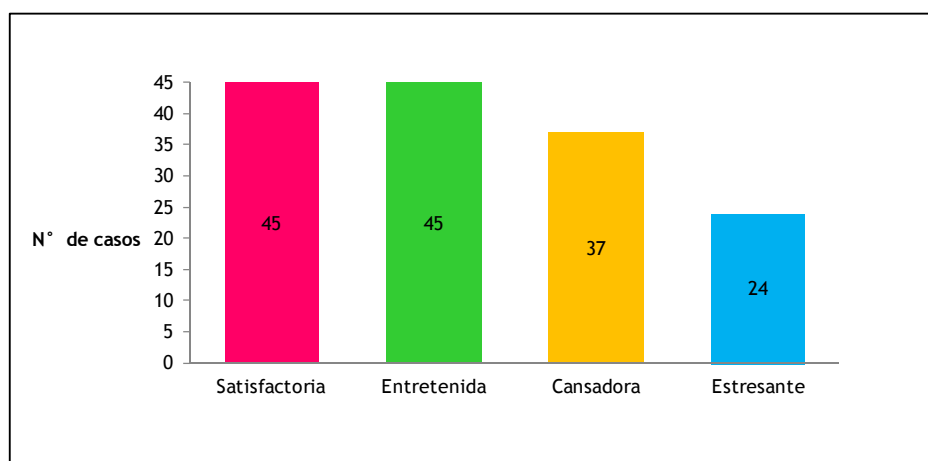


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede elegir hasta 3 opciones.

Al 33% de las entrevistadas les preocupa la salud. El segundo lugar lo ocupa la educación, con un 20%. El 17% señala que su preocupación es la crianza seguido de un 14% a quienes les preocupa la alimentación. Un bajo porcentaje, tan solo a un 6% de los entrevistados, se define sin preocupaciones.

En el siguiente gráfico n° 6 se pueden ver las respuestas a la pregunta del cuestionario: ¿Cómo ha sido su experiencia a cargo del niño/a?

Gráfico N°6: Su experiencia a cargo del niño/a ha sido...

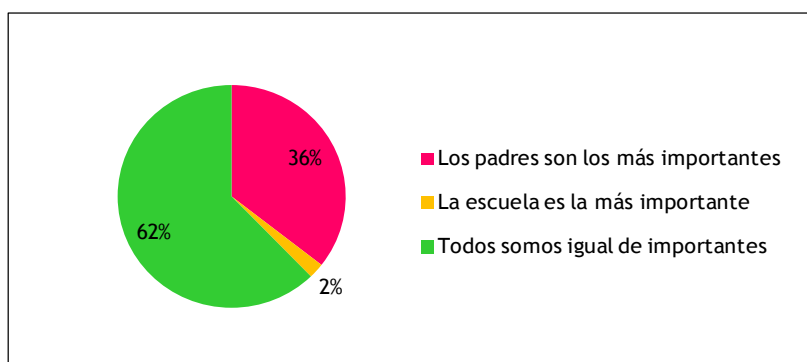


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

Como se puede ver en el gráfico n° 6, para la totalidad de las entrevistadas la experiencia de estar a cargo del niño ha sido satisfactoria y entretenida. Para un número alto de madres/ cuidadoras ha sido una experiencia cansadora y para más del 50% de las entrevistadas ha sido una experiencia estresante. Esto refleja que, en general, la experiencia de estar a cargo de la crianza del niño/a es una tarea que se enfrenta de manera positiva, aunque esto no la exime de cansancio y en algunos casos motivo de stress.

Frente a la pregunta: ¿SE SIENTE IMPORTANTE EN LA EDUCACIÓN DEL NIÑO/A? Todos los adultos respondieron “SÍ”, es decir el 100% de las entrevistadas. Ahora, al preguntarles: ¿Quiénes son los más importantes en la educación de sus hijos?, para la mayoría de los adultos a cargo de los menores, como se aprecia en el gráfico n° 7, la escuela y los padres son igual de importantes en la educación de sus hijos.

Gráfico N°7: ¿Quiénes son los más importantes en la educación del niño/a?



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

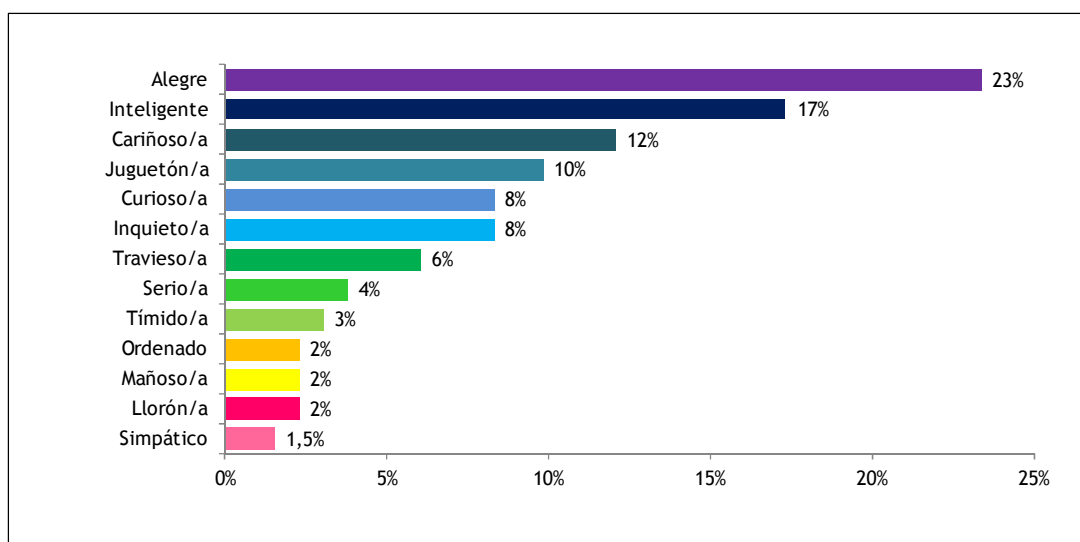
En el gráfico n° 7 se agrega la variable “ocupación de la madre o cuidadora” quedando marcada por la mayoría la opinión de que ambos, padres y escuela, son importantes en la educación del menor. La opción “los padres son los más importantes en la educación de sus hijos/as”, es frecuente, sobre todo, entre las madres que son dueñas de casa. Esta tendencia puede estar ligada a dos fenómenos: de un parte, al hecho de que en estas edades tempranas, la escolarización del menor aún se ve lejana y, de otra parte, a la opción de ciertas madres de ocuparse de la atención de sus hijos pequeños en lugar de salir de casa para estudiar o trabajar. Con todo, las madres y/o cuidadoras son conscientes de que en la tarea de educar, la escuela, juega una gran ayuda al sistema familiar.

6.1.7 Habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño

Los siguientes gráficos N° 8 y N° 9, reflejan las respuestas, más relevantes, a las preguntas del cuestionario pertenecientes al ámbito de habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño, las cuales abordan la percepción de los padres o cuidadores en el aspecto afectivo- social con el menor, el conocimiento de sus características y modo de ser y sus preferencias a la hora del juego.

En el gráfico N° 8 se aprecian las respuestas a la pregunta ¿Cuales son las características que mejor representan al menor?

Gráfico N°8: ¿Cuáles son las características que mejor representan al menor?

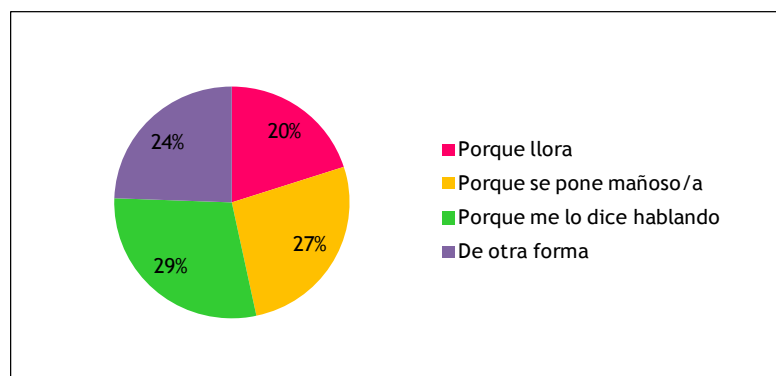


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta 3 opciones.

En el gráfico N° 8 se ve reflejado que las características que las madres y/o cuidadoras consideran más representativas de la manera de ser de los niños/as que tienen a su cargo, son muy positivas, siendo las más nombradas el ser alegres, inteligentes y cariñosos. Esto refleja que existe una percepción positiva por parte del adulto a cargo del menor, independiente del sexo que este tenga, en lo que respecta a la forma de ser del niño/a.

En el siguiente gráfico n° 9 se ven las respuestas a la pregunta del cuestionario referida a ¿Cómo el adulto a cargo se da cuenta de que el niño/a tiene alguna necesidad como hambre, sueño y/o incomodidad?

Gráfico N°9: ¿Cómo se da cuenta Ud. que el niño/a tiene alguna necesidad, como hambre, sueño o incomodidad?



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger un sin límite de alternativas.

Cómo se puede ver en el gráfico n° 9, la mayoría de los adultos responde que a los niños/as a su cargo les gusta jugar a juegos que tienen que ver con el desarrollo de la motricidad gruesa y el movimiento, como los son: jugar a la pelota, a las escondidas, ir a la plaza. Un número no menor de niños/as, ven películas y televisión en sus horas de juego y eso es visto por el adulto como una actividad lúdica, lo cual refleja que existe una tendencia del adulto de exponer al menor a la televisión en edades tempranas (a partir de los 13 meses). Respecto a este tema el Dr. Brazelton (2005:73) señala que durante los tres primeros años de vida, la exposición ante la televisión no debiese superar la media hora diaria y ojala compartida con el adulto, para transformarla en una actividad más interactiva, con preguntas y comentarios de por medio.

La mera exposición del niño/a ante la TV, no tiene ningún sentido educativo y no es una instancia de “juego” como tal.

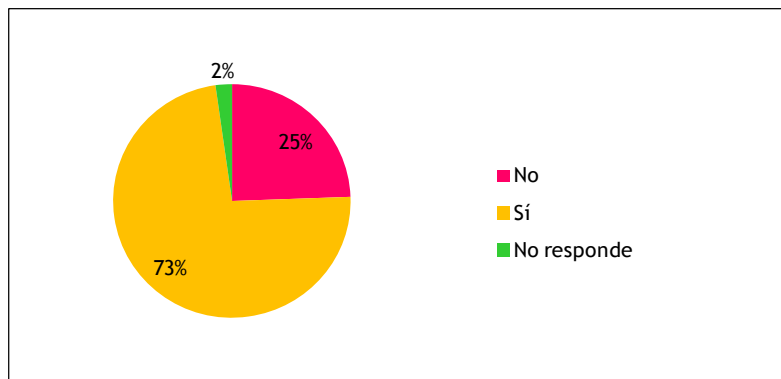
6.1.8 Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social

Los siguientes gráficos, entre el n° 10 y n° 13, reflejan algunas de las respuestas a las preguntas del cuestionario relacionadas con habilidades para implicarse en la tarea educativa, tener una visión positiva de los niños y la familia. Capacidad, por parte del adulto a cargo del niño para buscar ayuda en la familia y/o instituciones cuando tienen problemas con los hijos y tener confianza y colaboración con los profesionales e

instituciones que quieren ofrecer apoyo y ayuda.

En el gráfico n° 10 se puede ver las repuestas a la pregunta ¿Cree usted que necesita ayuda para educar al niño/a?

Gráfico N°10: ¿Cree UD que necesita ayuda para educar al niño/a?

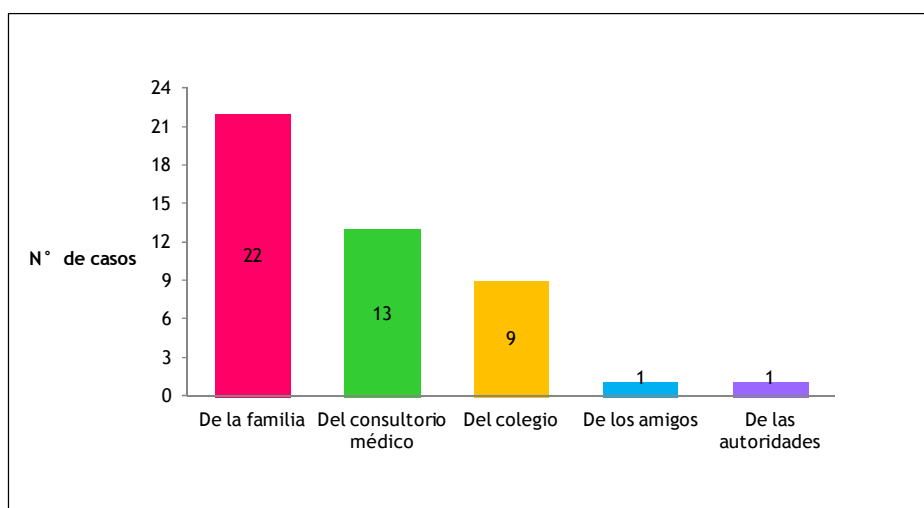


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

La gran mayoría de los adultos entrevistados (73%) reconoce necesitar ayuda en la educación de sus hijos y un porcentaje bastante menor: 25% dice no necesitarlo.

El gráfico n° 11 refleja las respuestas a la pregunta ¿De quién espera recibir la ayuda para educar a su hijo/a?

Gráfico N°11: ¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a?

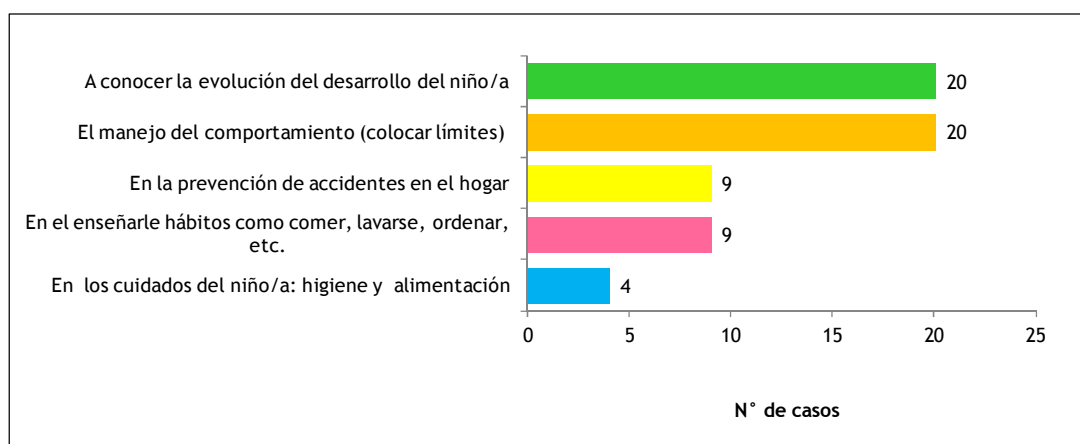


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta 3 opciones (base: 32 casos).

Como se puede apreciar en el gráfico n° 11, un número alto de adultos entrevistados espera recibir ayuda de la familia, como principal red de apoyo. Interesante resulta ver que la segunda instancia de quienes esperan recibir ayuda es el consultorio médico. Esto confirma que el apoyo que ellos sienten a través del Programa “Juguemos con nuestros hijos”, es importante, ya que por medio de estas instancias, el consultorio no sólo se relaciona con la visita al médico, sino que se amplía como lugar de aprendizaje y desarrollo para la familia completa. El colegio, institución tradicional en la labor de educar a los hijos, se ve como una opción más lejana, sobre todo porque ninguno de los niños atendidos en el Programa está escolarizado, ya que la educación obligatoria en Chile, es a partir de los 6 años.

En el gráfico n° 12 se pueden ver las respuestas a la pregunta ¿En que temas le gustaría que se le ayudase?

Gráfico N°12: ¿En qué temas le gustaría que se le ayudase?



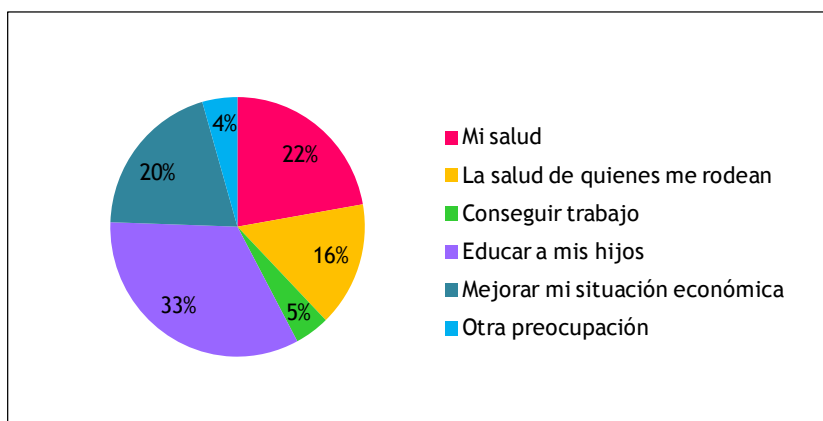
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta 3 opciones (base: 33 casos).

De lo visto en el gráfico n°12 se deduce que las madres y/o cuidadoras de los niños/as que participan del programa están especialmente interesadas en conocer la evolución del desarrollo de los niños y en aprender a manejar el comportamiento de los menores (colocar límites y manejo de rabietas). A un número considerable les gustaría que se les preparase en temas de prevención de accidentes y enseñanza de hábitos básicos. Este interés está presente en todas ellas, cualquiera sea la edad del menor que tienen a su cargo.

Las preferencias de las entrevistadas están relacionadas con la edad de niño/a que cuidan. Si bien es cierto el interés de conocer el proceso de desarrollo es relevante sin importar la edad, el tema de manejo del comportamiento se acentúa como preocupación en los adultos que tienen a cargo a niños sobre los 13 meses, edad en que va aumentando la autonomía del niño y van apareciendo los primeros episodios de rabietas y pataletas.

En el gráfico n° 13 se ven las respuestas a la pregunta que se le hace a los participantes: ¿Qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?

Gráfico N°13: ¿Qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

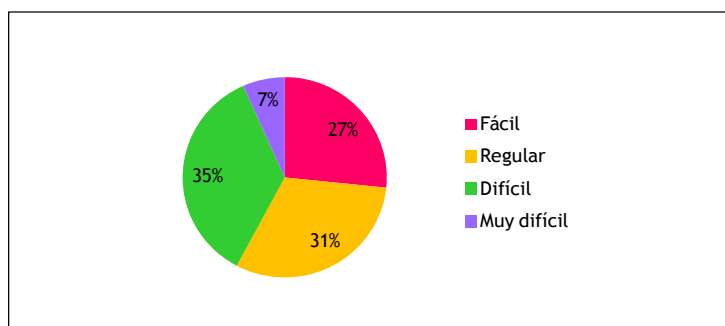
Como se puede apreciar en el gráfico, la principal preocupación de los adultos participantes del programa se centra en los niños, específicamente en la educación de los hijos. Luego, como segunda y tercera prioridad se encuentra la salud personal y mejorar la situación económica.

6.1.9 Habilidades educativas

A continuación se presentan los gráficos del N° 14 al N° 17, donde se reflejan las respuestas a las preguntas relacionadas con las habilidades educativas que son aquellas relacionadas con la calidez en las relaciones, estimulación y apoyo del aprendizaje y el juego, autoeficacia parental, actitud y expectativas ante la vida y la educación de los valores.

En el gráfico N° 14 se aprecian las respuestas a la pregunta ¿Cómo considera usted la labor de ser madre o cuidadora?

Gráfico N°14: ¿Cómo considera Ud. la labor de ser madre o cuidadora?

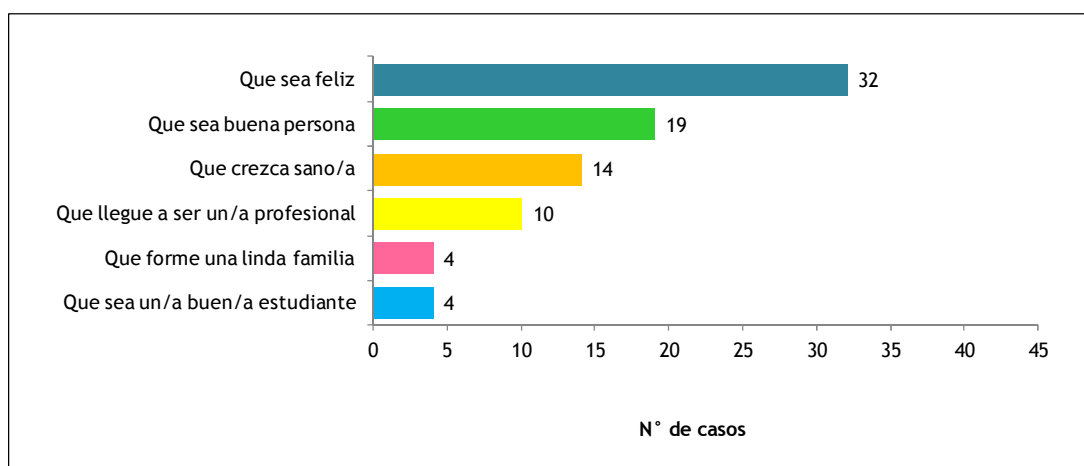


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

En cuanto a la pregunta de cómo encuentran la labor de ser madre y/o cuidador del menor, representada en el gráfico n° 14, la mayor parte de las encuestadas responde que se trata de una labor difícil o regular (66%). La opción “se les hace muy difícil” es la que responden las mujeres que estudian y/o trabajan, seguramente por verse en la necesidad de dividir sus tiempos entre la responsabilidad de cuidar al menor y la de cumplir con el estudio o el trabajo. Por otra parte, existe un buen número a quienes esta labor se les hace fácil, sobre todo aquellas que se definen como dueña de casa, seguramente por contar con mayor tiempo y presencia ante el niño/a a su cargo.

En el grafico n° 15 se reflejan las respuestas a la pregunta ¿qué espera del niño/a?

Gráfico N°15: ¿Qué espera del niño/a?

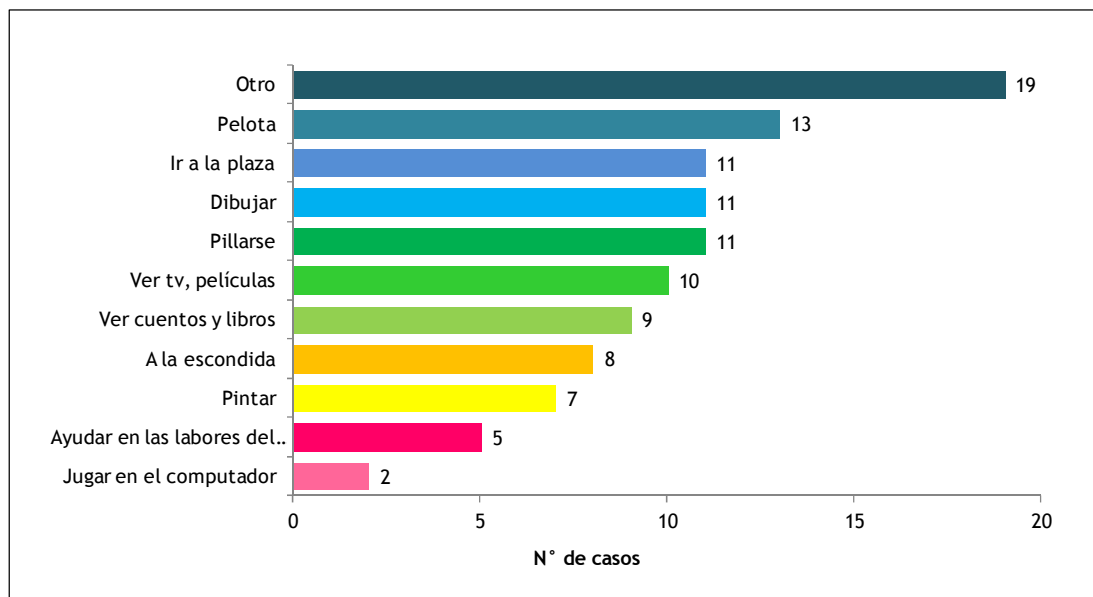


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger un sin límite de alternativas.

Como se refleja en el gráfico n° 15, los adultos a cargo de ellos, esperan que éstos consigan ante todo “ser felices“. Como segunda preferencia se encuentra el “ser buenas personas” y como tercera preferencia “que crezca sano”. Esto refleja que junto con mantener un buen estado de salud, ellos dan importancia al desarrollo emocional y afectivo de los menores, situando como base de sus vidas, el que se sientan niños felices.

Frente a la pregunta ¿Juega con el niño/a?, todas los adultos entrevistados responden que Sí. En el gráfico n° 16 se ven reflejadas las respuestas a la pregunta siguiente que fue ¿Qué tipo de juegos le gusta hacer al niño/a con Ud.?

Gráfico N°16: ¿Qué tipo de juegos le gusta hacer con Ud.?



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger un sin limite de alternativas.

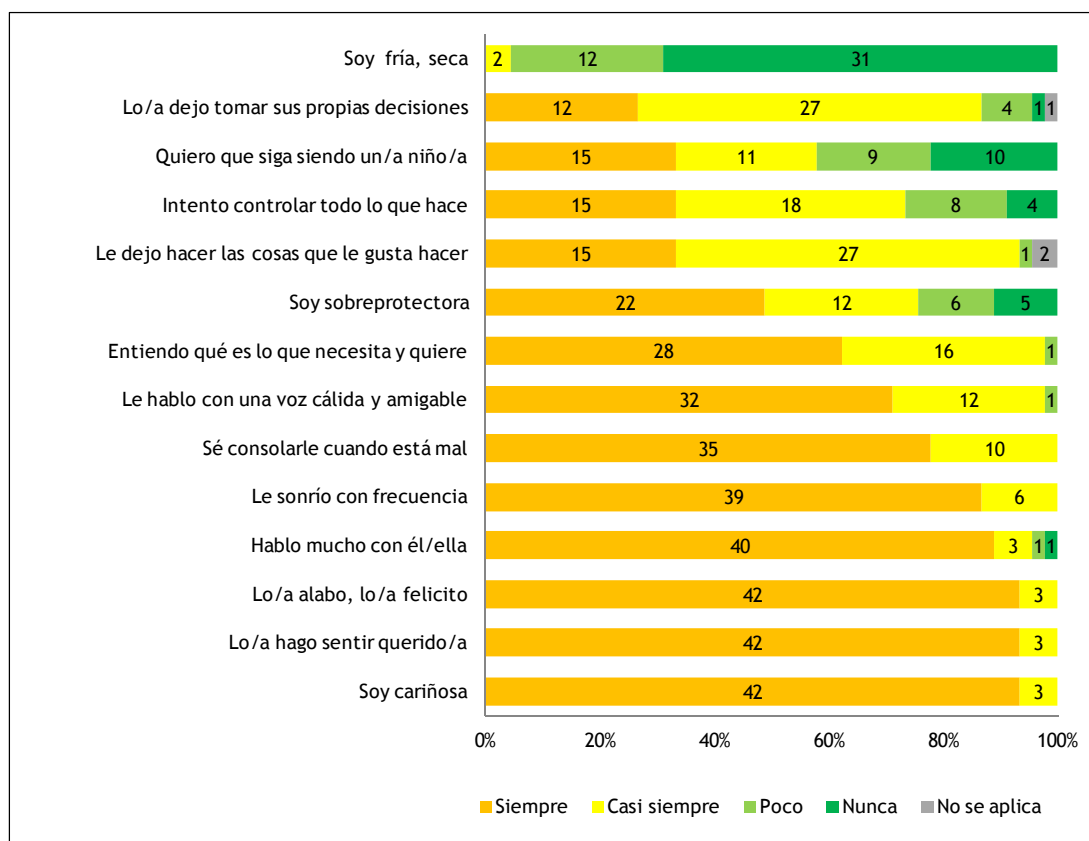
Al ver el gráfico n° 16 y compararlo con las respuestas referidas a los juegos preferidos por los niños, coinciden a grandes rasgos, con lo que los adultos comparten con ellos. Esto refleja que el adulto conoce los gustos del menor e intenta seguirle el juego. La preferencia más notoria es la de actividades de desarrollo motor grueso y movimiento, como lo es el juego de la pelota o jugar al pillarse, sobre todo entre los niños varones. Ir a la plaza, es una actividad que las madres y/o cuidadoras detectan como preferida entre los niños, sobre todo en las edades donde la marcha ya esta

iniciada (13 meses) y es posible una interacción entre el niño/a y el medio.

En cuanto al gráfico n° 17, se puede ver las actitudes que mejor representan la “relación” y el “vínculo” entre el niño/a y el adulto a cargo.

Las mujeres que están a cargo de los menores creen que la relación que mantienen con ellos es muy positiva. Una manera de observar esto tiene que ver con los comportamientos y con las actitudes que ponen de manifiesto la manera en que se construye este vínculo. En el gráfico 19 se ilustran algunos de los aspectos que caracterizan dicha relación poniendo de relieve la frecuencia con la que realizan ciertas acciones.

Gráfico N°17: Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011.

Al ver el gráfico n° 17, lo primero que llama la atención es que casi la totalidad de

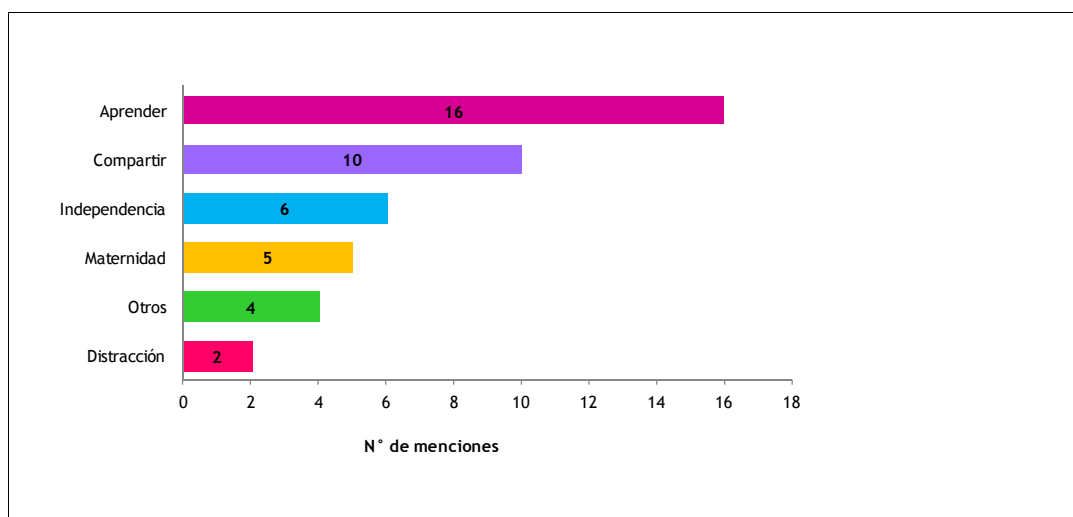
las entrevistadas está constantemente reforzando el aspecto afectivo del vínculo. Así, por ejemplo, la mayoría de ellas dice ser cariñosa (93%) y sonreírle siempre (87%), cuestión que contrasta con el hecho de que ninguna dice ser siempre fría o seca. El interés de ser acogedoras con los menores se refleja en comportamientos tales como hablar mucho con el niño o niña y hacerlo con una voz cálida y amigable, al punto que más del 95% dice hacerlo siempre o casi siempre. El estímulo positivo se traduce en acciones tales como alabarlo, felicitarlo y hacerlo sentir querido, comportamientos que todas tienen siempre o casi siempre. La capacidad de contener al menor se expresa en saber consolarle cuando está mal e identificar aquello que necesita y quiere; este aspecto de la relación se da siempre en el caso de 35 mujeres y casi siempre en el caso de 10 mujeres, lo cual indica que no obstante se manifiesta con mucha frecuencia sería algo que podría mejorar. En suma, más allá de las leves diferencias en estos indicadores que definen del vínculo entre el adulto y el menor, puede decirse que sin lugar a dudas éste favorece su desarrollo desde temprana edad.

Lo segundo que cabe remarcar es que las actitudes que marcan una tendencia a limitar la autonomía de los menores se dan con menor frecuencia. De las 45 entrevistadas, 11 dicen ser sobreprotectoras y 12 dicen que intentan controlar todo lo que hacen nunca o casi nunca. Es interesante anotar que una proporción relevante de la muestra considerada en este estudio quiere que los menores que están a su cargo sigan siendo niños (35 mujeres).

6.1.10 Expectativas de los adultos entrevistados

Las respuestas de los gráficos nº 18, 19 y 20 reflejan las expectativas iniciales de las mujeres entrevistadas en torno a los temas centrales que motivan su asistencia.

Gráfico N°18: Expectativas iniciales: Temas más mencionados



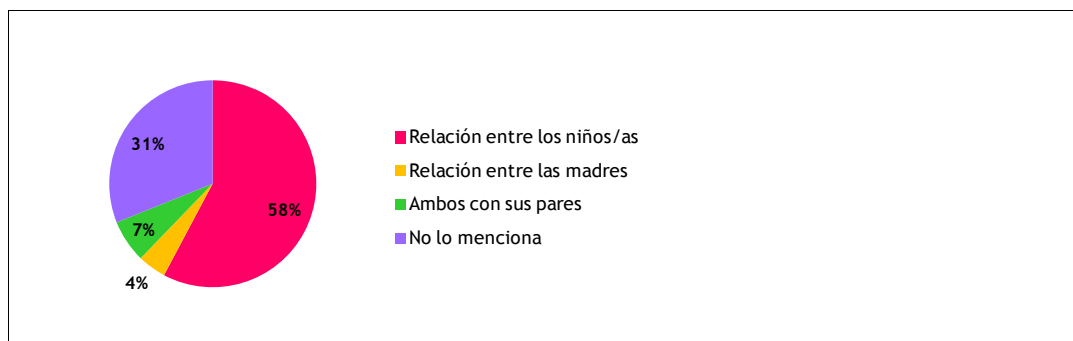
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta abierta: ¿Cuáles son su expectativas al participar en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”?

Gráfico N°19: Expectativas iniciales: ¿En quién se centran?



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo-abril de 2011. Pregunta abierta: ¿Cuáles son su expectativas al participar en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”?

Gráfico N°20: Expectativas iniciales: oportunidad de relacionarse con otros/as



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo – abril de 2011. Pregunta abierta: ¿Cuáles son su expectativas al participar en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”?

Las razones que motivan a las entrevistadas a participar en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”, son directa y prioritariamente relacionadas con los niños/as y se centran en la expectativa de desarrollar competencias que les permitan estimular de mejor manera el desarrollo del niño. También adquiere importancia la búsqueda de un espacio en el cual sea posible compartir con otras mujeres que están pasando por la misma etapa vital: criar a sus hijos. Otro porcentaje lo hace por ganar un poco de independencia con sus hijos pues, sienten que el nivel de apego es muy alto. El 69% nombra entre sus motivaciones razones que se centran en un bien para el niño, sobre todo “para que se relacione con otros niños“, un 18% en que la participación en el programa será de utilidad para ambos y un 13% lo ve como instancia de aprendizaje y desarrollo para sí mismas.

6.2 Resumen de los resultados del cuestionario inicial

En resumen, con los datos y gráficos anteriormente expuestos, podemos destacar:

- El grupo participante de esta primera etapa de aplicación del cuestionario eran en su totalidad personas adultas de sexo femenino que el vínculo que los une al niño/a es el ser su madre, abuela o tía. La mayoría de los niños participantes en el Programa están ubicados entre los 13 y 36 meses de edad. En menor número se encuentran

los bebés entre los 4 y 12 meses.

Para sorpresa nuestra, a pesar de que el consultorio de salud donde se realiza el Programa, esta situado en un sector con una población de clase media- baja, el 60% de las entrevistadas tiene escolaridad completa, es decir, 12 años de educación (8 niveles de primaria y 4 niveles de secundaria). A su vez, un 33% posee estudios superiores o universitarios, lo que refleja que este estudio se ha hecho con una población de mujeres que posee un buen nivel educacional a pesar de sus condiciones socioeconómicas.

La mayoría de las mujeres entrevistadas se desempeña como dueña de casa a cargo de las labores del hogar y los cuidados del niño/a, lo que nos hace deducir que el menor pasa gran parte del tiempo con el adulto participante en el programa y que en su mayoría la relación que los une es madre-hijo.

En cuanto al estado civil, la mayor parte de las mujeres, un 71%, cuenta con una pareja estable, con lo que deducimos que la tarea de enfrentar la crianza y la educación del niño/a es una labor relativamente compartida.

Por lo tanto, nos encontramos con una población de mujeres participantes en su mayoría, madre de los niños, que tiene un buen nivel educacional y que se desempeña como dueña de casa.

En cuanto a las respuestas del ítem I: Habilidades de agencia parental, es importante destacar que las principales preocupaciones de las madres respecto a sus hijos son primeramente la salud y la educación. Para todas, la experiencia de estar a cargo del menor ha sido satisfactoria y entretenida. Un alto porcentaje la define como cansadora y para más del 50% ha sido estresante. Esto denota que, si bien la crianza de un hijo conlleva momentos positivos de goce y satisfacción; es absolutamente realista, reconocer también, que es una actividad cansadora y para algunos, estresante, sobre todo con el ritmo de vida que se lleva en esta sociedad postmoderna.

Un número importante de las encuestadas considera que los padres y la escuela son importantes en la educación de sus hijos y lo ven como una tarea compartida, sobre todo por la cantidad de horas que el niño pasa en la institución educativa acorde va creciendo. Otro número bastante considerable, un 36%, sitúa a los padres como los más importantes en la educación de sus hijos, lo que refleja que la idea de paternidad involucrada en la educación, esta bastante empoderada.

Con todo, podemos decir, que para las mujeres entrevistadas, la salud y la educación son lo más importante para sus hijos hoy en día. La experiencia de criar y educar ha sido positiva y se enfrenta con optimismo y en la tarea de educar, la escuela es un apoyo para el sistema familiar.

- En cuanto al ítem II: habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño, la mayoría de las mujeres entrevistadas reconocen sólo características positivas en sus hijos, siendo las más nombradas el ser alegres, inteligentes y cariñosos. También detectan con claridad las necesidades del menor a su cargo, que a su vez, van acorde con la edad y madurez del niño (llanto cuando se es más pequeño y usando el lenguaje a medida que van creciendo).

Entre los juegos que el adulto define que más le gustan a sus hijos, en su mayoría, tienen relación con el desarrollo de la motricidad gruesa y la actividad física: jugar a la pelota, correr e ir al parque. Un número considerable define como juegos preferidos el ver televisión y películas, lo que podemos denominar como una mala práctica, pues no es un juego como tal, sobre todo si consideramos la baja edad de los menores (entre 4 y 36 meses) y lo expuesto por el Dr. Brazelton que señala que durante los tres primeros años de vida la exposición ante la televisión no debe superar la media hora diaria.

Entonces, en relación a este ítem, podemos decir que las mujeres entrevistadas reconocen características positivas en los menores a su cargo, valoran sus capacidades cognitivas y la existencia de un vínculo cariñoso con ellos. Saben reconocer las señales que los pequeños usan para comunicar sus necesidades y que las preferencias de los niños, en cuanto al juego, tienen relación con la motricidad gruesa y el movimiento.

- Del ítem III: Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo social por parte del adulto entrevistado, podemos decir: el 73% reconoce necesitar ayuda para educar a sus hijos y que esperan recibir esa ayuda de la familia principalmente. Sin embargo, nos llama la atención que un buen número considera que el centro de salud debería entregar ese apoyo, lo que refleja, que el hecho de que el Programa funcione en el centro de salud, lo posiciona como un nuevo agente importante en la

educación de los niños, dejando atrás la idea de que allí sólo se recibe asistencia médica, sino también, se recibe formación y educación.

Entre los temas que a éstas mujeres les gustaría recibir formación, se encuentran: conocer la evolución y desarrollo de los niños y conforme el niño tiene más edad, entra el tema del manejo del comportamiento y los límites, temas muy recurrentes entre los padres de niños pequeños. Además, les interesa saber que esperar de ellos, saber “lo que son capaces de hacer”, y cuando su comportamiento comienza a ser más conflictivo, piden herramientas para poder manejar mejor el mal comportamiento de los menores.

Al preguntarles por su principal preocupación hoy en día, tienden a centrarse en sus hijos, situando su educación como la principal preocupación. Ahora también, es real, que mantener una buena salud y mejorar la situación económica, para estos grupos de población de bajos recursos, es una gran preocupación.

En definitiva, las mujeres entrevistadas son conscientes de que la educación es lo más importante para sus hijos, que necesitan ayuda para poder entregársela y que esa ayuda la esperan recibir de la familia.

- En relación al ítem IV: Habilidades Educativas, el 66% de las respuestas señalan que la labor de ser madre y/o cuidadora del niño resulta regular o difícil. Sólo un 27% lo considera fácil.

Interesante resulta constatar que para estas mujeres lo más importante es que sus hijos sean felices, situando la felicidad como base para lograr las metas en la vida, ya sea para el desarrollo profesional como para el personal.

La bondad y la salud, también se señalan como valores deseados para sus hijos. En cuanto al juego, todos los adultos entrevistados reconocen jugar con sus hijos y el tipo de juego que practican, coincide con los preferidos por los niños, con los cual, el adulto reconoce los juegos que al menor le gusta practicar y los realiza con él.

En cuanto a las preguntas que apuntan hacia los modos de relacionarse y vincularse con el menor, se ve que son asertivas, cálidas y preocupadas por atender a su niño/a. Sin embargo, un alto porcentaje se define como sobreprotectora, y a un número considerable, le gustaría que su hijo siguiese siendo un niño. Esto puede

interpretarse como un apego un poco desordenado: demasiada aprensión y necesidad de mantener un vínculo estrecho y dependiente con el menor.

Esto último es interesante contrastarlo con las preguntas que apuntan a saber las “expectativas iniciales” de las mujeres participantes. Si bien la gran mayoría viene para aprender y compartir, un buen número quiere ganar en independencia ya que reconoce estar muy apegada a su hijo/a.

Las expectativas de participación en este programa están más centradas en el beneficio que puede significar en el niño/a, más que en el beneficio que pueda provocar en ellas mismas. Esto será interesante de comparar con los resultados del cuestionario final, pues es de central interés para esta investigación, que las madres participantes durante la totalidad del programa, reconozcan cambios en relación a si mismas y en su capacidad para enfrentar mejor la tarea de educar y criar a sus hijos.

6.3 Resultados de la aplicación del cuestionario final: diciembre 2011

Los gráficos y tablas que a continuación vamos a analizar corresponden a las respuestas dadas por las 33 mujeres que se mantuvieron en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”. Esto quiere decir que participaron respondiendo el cuestionario, en marzo 2011 y luego en diciembre 2011. En base a sus respuestas sacaremos las conclusiones de esta investigación y la comprobación de hipótesis correspondiente.

En la tabla que presentamos a continuación se exponen el sexo y las edades iniciales, en marzo 2011, de los 33 niños participantes que permanecieron en la totalidad del programa.

TABLA N°17: Sexo y edad de los/as menores

Edad	Niñas	Niños	Total
De 4 a 12 meses	6	4	10
De 13 a 24 meses	6	5	11
De 25 a 36 meses	4	8	12
Total	16	17	33

Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011 (La edad que se indica es la que tenían al comenzar el programa es decir, en marzo 2011).

Las edades iniciales (marzo 2011) de los niños participantes de esta experiencia se encuentran equitativamente repartidas entre los distintos segmentos, como también la distribución por sexo. De una total de 33 niños participantes, 16 son niñas y 17 son niños.

6.3.1 Características de las mujeres entrevistadas

A continuación, encontraremos los gráficos que muestran datos y características de las mujeres entrevistadas.

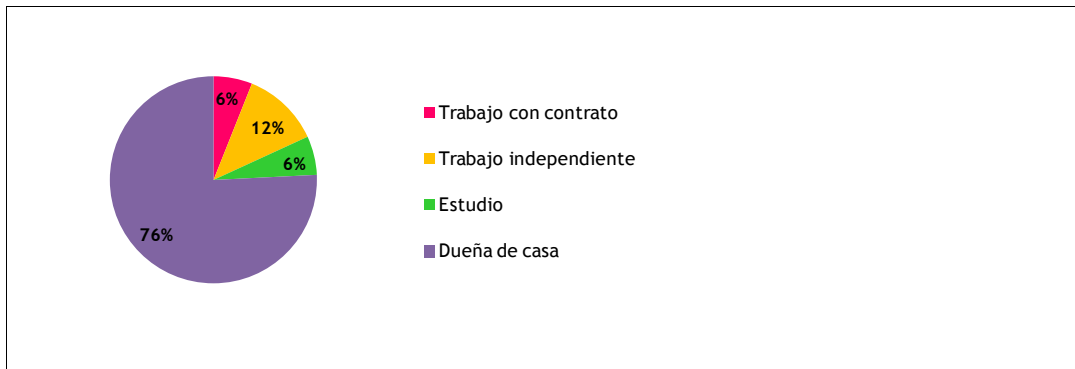
Gráfico N° 21: Nivel de escolaridad de la entrevistada



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Como se puede apreciar en el gráfico n° 21, el nivel de escolaridad de las mujeres participantes es alto, un 58% ha finalizado su escolaridad completa (12 años de formación) y un 33% tiene estudios superiores. Al igual que en la fase inicial, confirmamos que esta investigación se ha hecho con una población femenina con un buen nivel educacional.

Gráfico N°22: Actividad principal de la entrevistada



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Un 76%, es decir la mayoría de las mujeres que participaron en la totalidad del programa, se desempeñan como dueñas de casa, con lo que se deduce que han estado al cuidado del niño durante los 9 meses de duración del programa. Un número bastante menor, el 18%, se encuentra trabajando, ya sea con contrato o de manera independiente y tan sólo un 6%, se encuentra estudiando.

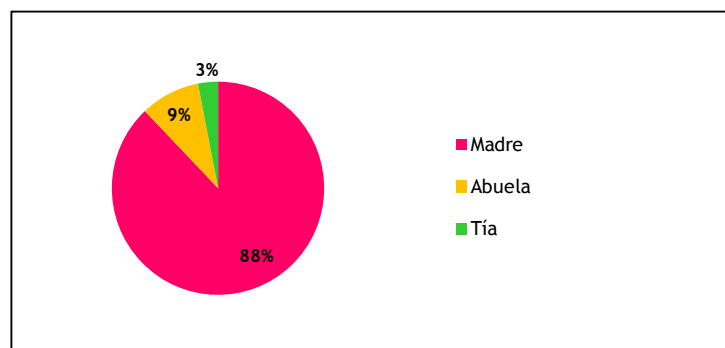
Gráfico N°23: Estado civil de las entrevistadas



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Como podemos apreciar en el gráfico n° 23, la gran mayoría de las mujeres son casadas o conviven, es decir que un 76% cuenta con una pareja estable con la cual compartir las responsabilidades de educar y criar a un hijo. El 24% restante está soltera.

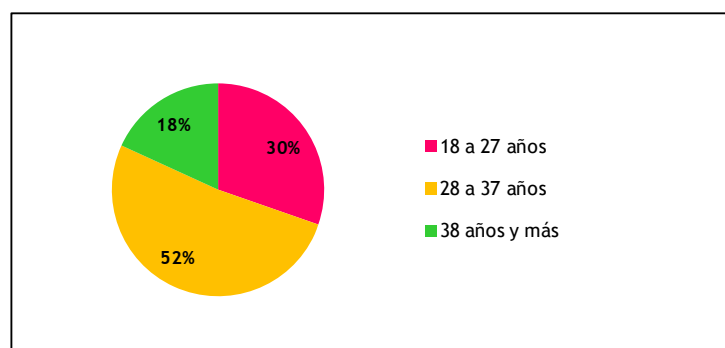
Gráfico N°24: Vínculo entre la entrevistada y el niño/a



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Al igual que en los resultados a esta pregunta en la fase inicial, para esta segunda etapa, mantenemos un alto porcentaje de madres participando en el programa hasta el final. La mayoría de las mujeres participantes, un 88%, son las madres de los niños, un porcentaje bastante menor (9%) es la abuela y tan solo un 3% es la tía.

Gráfico N°25: Edad de las mujeres entrevistadas



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Como podemos apreciar en el gráfico n°25, la mayoría de las madres participantes en la totalidad del Programa, tienen entre 28 y 37 años. Son madres de edad media, perteneciente a un segmento “adulto-joven”. La siguiente mayoría pertenece al 30% del grupo, correspondiente a las madres jóvenes, entre 18 y 27 años. No hay casos de madre adolescente (menor de 18 años) y tan sólo el 18% pertenece al grupo de madres

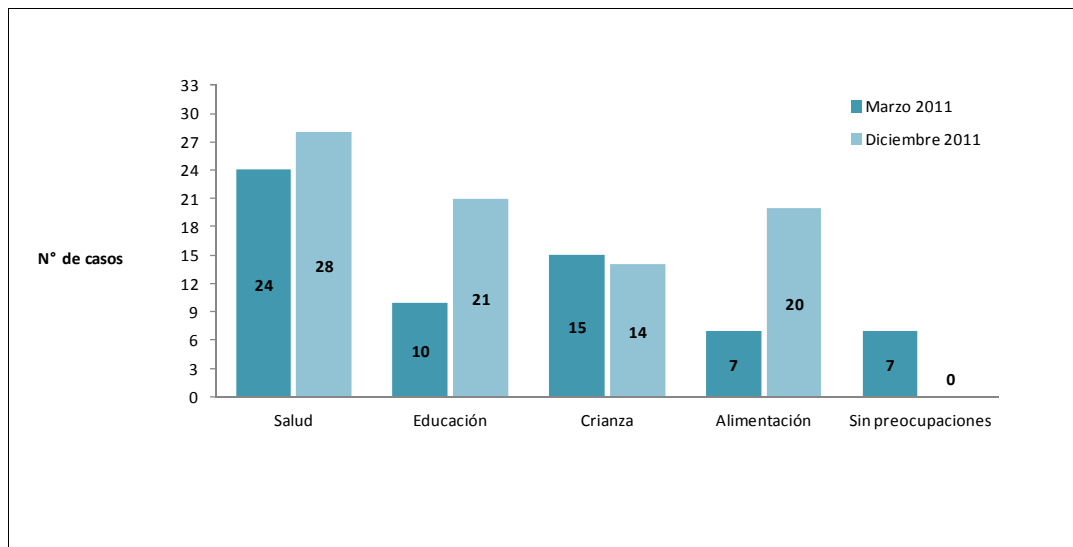
“mayores”, que en salud se clasificarían como “madres de riesgo” por las probabilidades de tener un hijo con alguna problemática (síndrome de Down, por ejemplo).

6.3.2 Habilidades de Agencia Parental

En este punto haremos el análisis de las preguntas del ítem I del cuestionario, relacionadas con las principales preocupaciones y la importancia de la educación de los niños. Las respuestas corresponden a las preguntas referidas al ámbito de las habilidades de AGENCIA PARENTAL, es decir, las relacionadas con una percepción ajustada del rol parental. Consiste en tener una idea realista de que la tarea de ser padres implica esfuerzo, tiempo y dedicación, además existe un reconocimiento de la importancia del papel de los progenitores en el bienestar del menor.

En cuanto a la pregunta ¿qué le preocupa respecto al niño/a?, en el gráfico n° 26, se ven las primeras diferencias entre el cuestionario inicial y el final.

Gráfico N°26: ¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?



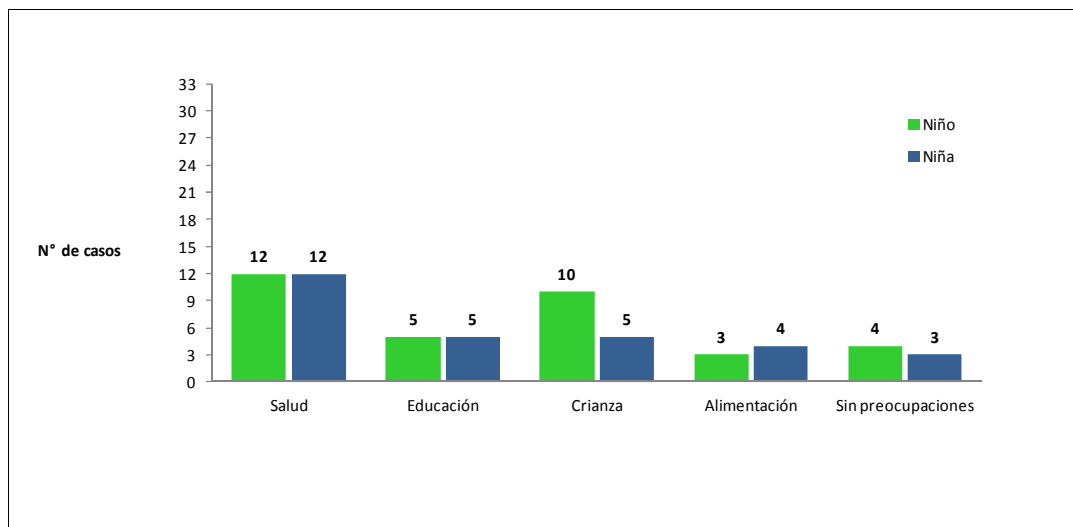
Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones.

La preocupación por la salud del menor crece, pero la que da un considerable aumento es la preocupación por la Educación del niño/a, lo que la hace situarse como una de las principales preocupaciones, junto a la Salud. Esto nos hace suponer que al

participar de este espacio “formativo- educativo” han visto cambios evolutivos en el desarrollo de los hijos, validando y empoderando el valor de la Educación. Nos llama la atención también, como crece la preocupación por la alimentación del niño/a. Esto se entiende ya que los niños que comenzaron el programa con 4 meses, finalizaron con 13 meses. Comenzaron siendo bebés con la lactancia como única fuente de alimentación y terminaron con edad de comer todo tipo de alimentos, con todo lo que esto implica: que coma variado, balanceado, que no tenga problemas de alergias, etc.

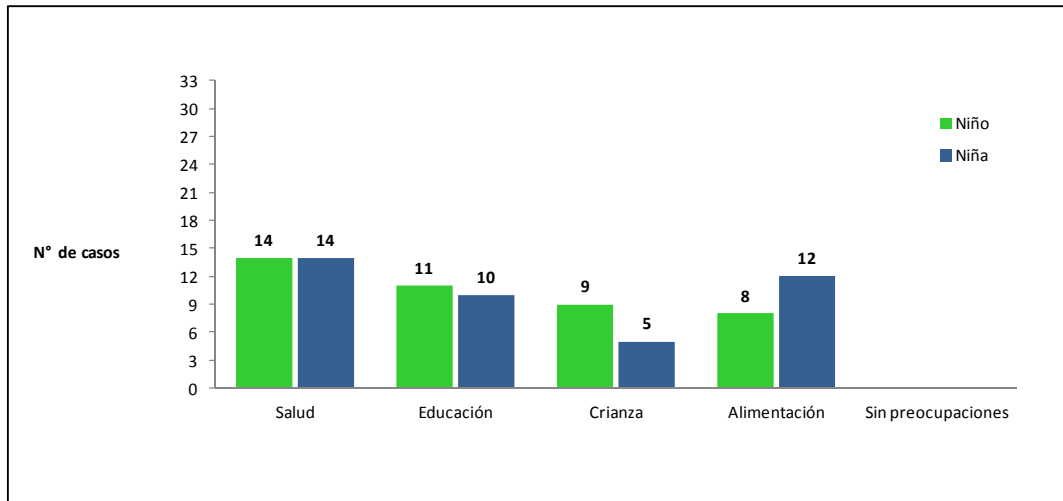
A continuación mostramos los gráficos n ° 27 y 28, con las respuestas de marzo 2011 y diciembre 2011, agregando la variable “sexo del menor” a la pregunta ¿Qué le preocupa a usted respecto a su hijo?

Gráfico N°27: ¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?
(Número de casos, según sexo del menor, marzo 2011)



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones.

**Gráfico N°28: ¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?
(Número de casos, según sexo del menor, diciembre 2011)**

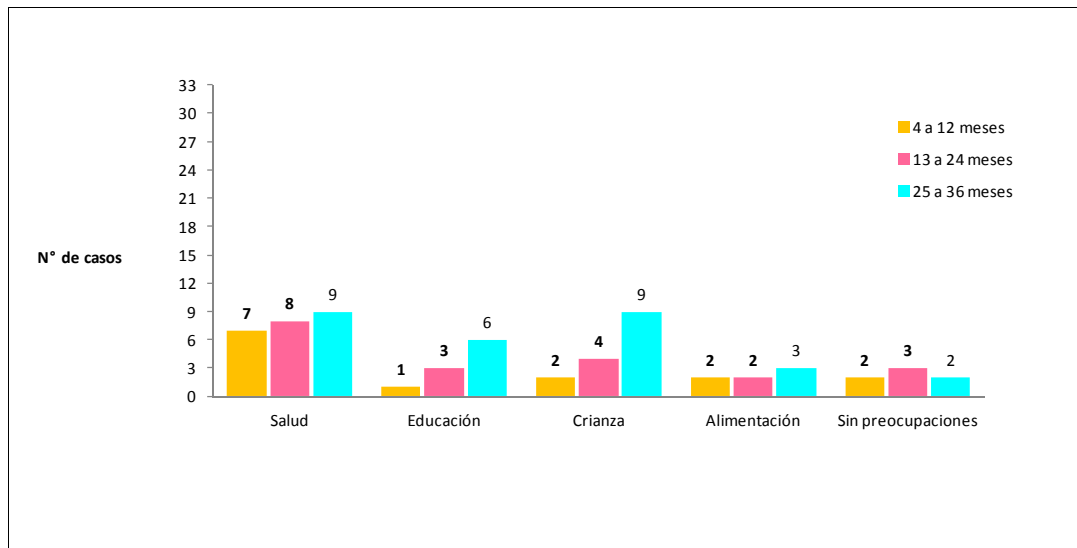


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones.

Al comparar los gráficos n°27 y n°28, es interesante confirmar que la salud y la educación son preocupaciones que crecen en ambos sexos por igual y que la alimentación crece como preocupación especialmente en los adultos a cargo de niñas. Cabe destacar también que en el cuestionario inicial la opción “sin preocupaciones” fue la respuesta de 7 de las entrevistadas. En el cuestionario final, no hubo nadie que respondiera esa opción. Con esto podemos deducir que al participar del programa se toma conciencia de la responsabilidad que conlleva la crianza de un niño y que difícilmente va a estar exenta de preocupaciones y temas que abordar.

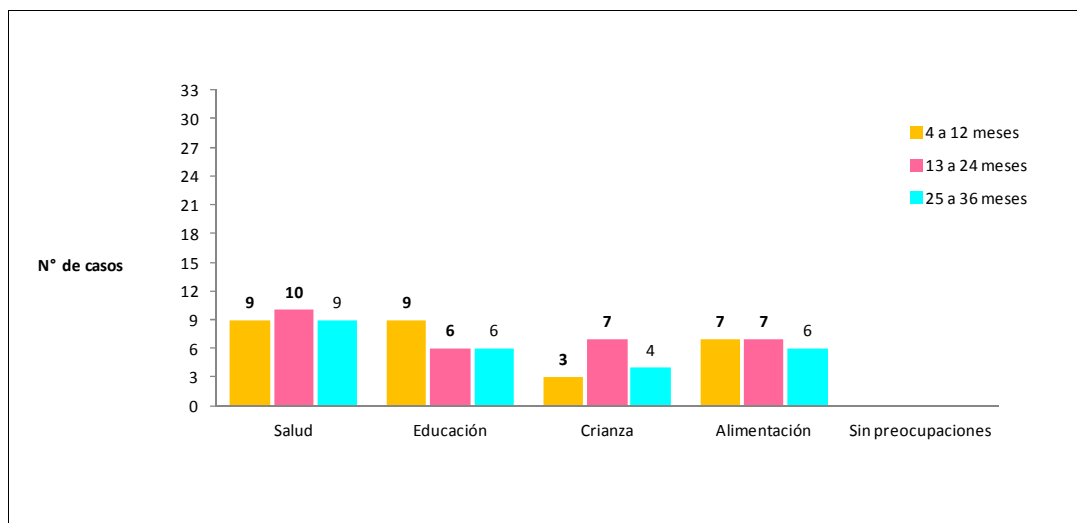
En los gráficos n° 29 y n° 30, agregamos la variable “edad del menor” a la misma pregunta.

**Gráfico N°29: ¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?
(Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)**



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones.

**Gráfico N°30: ¿Qué le preocupa a usted respecto al niño/a?
(Número de casos, según edad del menor, diciembre 2011)**



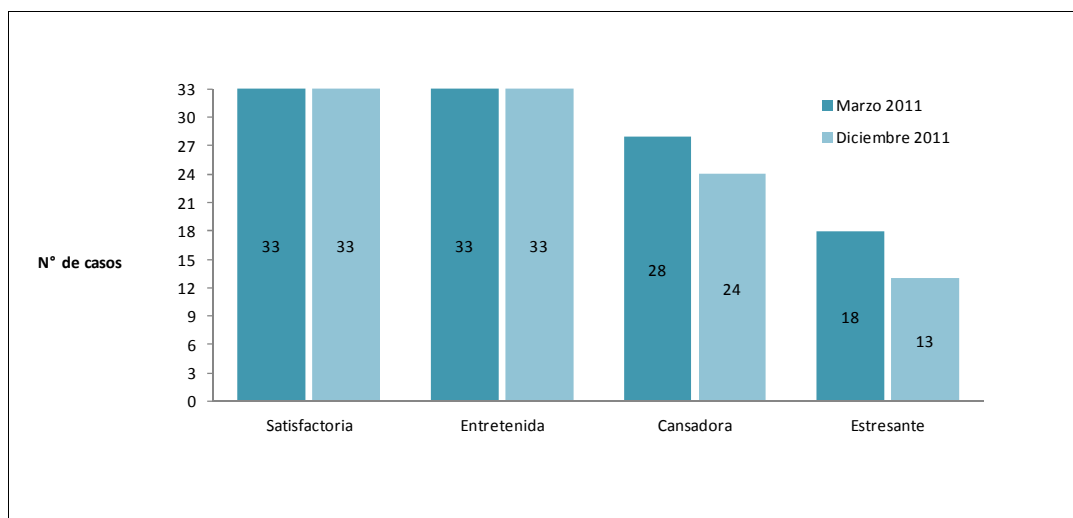
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. La edad que se indica es la que el niño o niña tenía al inicio del programa.

En los gráficos n° 29 y n° 30 las columnas que más llaman la atención por el cambio sufrido entre el cuestionario final e inicial, son las correspondientes a la

alimentación. Esto se debe a que los niños han ido creciendo y en la fecha en se pasó el cuestionario final, habían pasado 9 meses y ya todos los niños comían sólidos, con lo cual se entiende que el tema de la alimentación se sitúa en un lugar más prioritario que en los tiempos en que el bebe solo se alimenta de leche.

En el siguiente gráfico n° 31, se exponen las respuestas a la pregunta que describe como ha sido la experiencia de estar a cargo del niño/a en ambas etapas: inicial y final.

Gráfico N°31: Su experiencia a cargo del niño/a ha sido...

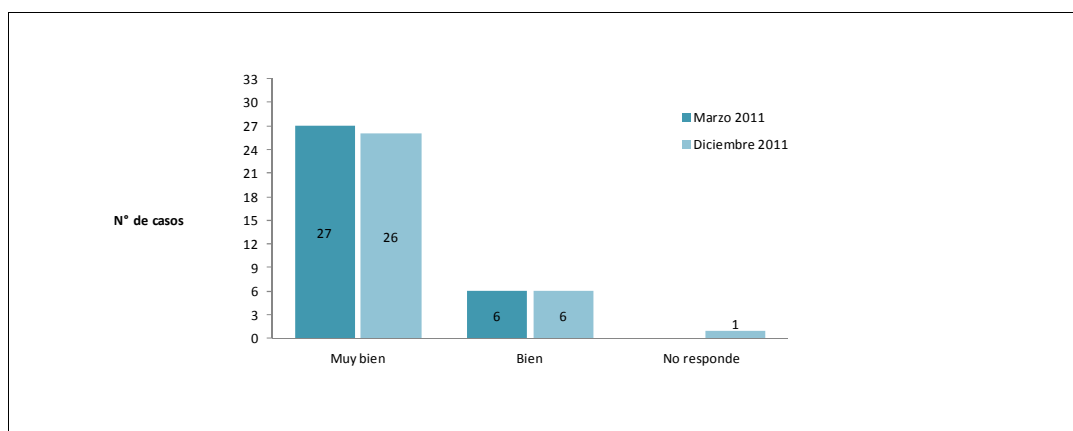


Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Al comparar las respuestas de marzo y diciembre en el gráfico n° 31, podemos decir que para las mujeres que participaron en la totalidad del programa, la experiencia de estar a cargo del menor siempre ha sido satisfactoria y entretenida, Sin embargo, las opciones con una connotación negativa como es el cansancio y el estrés, bajan, lo que nos refleja que la participación en el programa sirvió como un espacio para liberar la tensión que muchas veces conlleva el estar a cargo de un bebé y también supone la adquisición de estrategias y herramientas, por parte de las madres y cuidadoras, para manejar mejor los cuadros de cansancio y estrés.

En el gráfico n° 32 se comparan las respuestas de ambas instancias frente a la pregunta ¿como se lleva con el niño/a?

Gráfico N°32: ¿Cómo se lleva con el niño/a?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Al comparar las respuestas de las dos instancias, no se ve cambios significativos. Las mujeres dicen llevarse entre bien y muy bien con los menores tanto al inicio como al final de programa. Ahora, si se quiere ver en detalle si hubo movilidad en las opiniones de las mujeres participantes, contrastamos la respuesta que las mujeres dieron a esta pregunta en marzo y diciembre. Podemos ver que 25 mantuvieron la percepción que tenían al inicio: 23 dijeron llevarse muy bien con los niños y 2, bien. Cuatro de las mujeres que dijeron llevarse bien con los niños al inicio del programa lo finalizaron considerando que su relación había cambiado de manera positiva. Por el contrario, 3 de aquellas que manifestaron llevarse muy bien con los niños que tienen a su cargo en marzo, en diciembre consideraron que se llevaban bien con ellos.

Por lo tanto, al hacer un análisis global, podemos decir que el 78,2 % mantuvo su percepción inicial y que el cambio entre la primera y la segunda medición no fue estadísticamente significativo.

Luego de hacer la pregunta ¿Cómo se lleva con el niño? Se le pidió a las entrevistadas que explicaran con sus palabras el porqué de la opción escogida (pregunta n° 21 del cuestionario). Tanto al principio como al finalizar el programa, la mayoría de las madres y cuidadoras caracteriza la relación con el niño de manera muy positiva. Tal percepción se fundamenta, especialmente, en razones de tipo afectivas y comunicacionales.

Cuando se les solicita explicar con sus palabras por qué consideran que se llevan “muy bien”, “bien”, “regular” o “mal” con los niños, la mayoría remarca que pasa todo o casi todo el tiempo con el/la menor y que esto se traduce en un alto nivel de apego mutuo. Frases como las que siguen a continuación, lo ejemplifican:

- *“Son muy apegados a mí, estoy todo el día con ellos”.*
- *“Andamos todo el día juntos, quiere estar siempre conmigo”.*
- *“Cuando me voy, se pone a llorar. Conmigo está bien”.*

Esta cercanía se hace notar en la implicación directa en los juegos infantiles. Cabe remarcar que estas mujeres consideran que las actividades lúdicas que realizan con los niños son satisfactorias tanto para los menores como para sí mismas. En otras palabras, el juego no es algo que realicen exclusivamente para entretener a los menores, sino también para divertirse y sentirse unidas a ellos.

Las siguientes frases ilustran lo que acabamos de señalar:

- *“Gozamos de los momentos juntos, nos reímos”.*
- *“Nos hace muy bien estar juntos”.*
- *“Nos conectamos bien, salimos a jugar. No tengo mucho tiempo, pero cuando estamos juntas lo pasamos bien”.*

En opinión de las entrevistadas, la “complicidad” que se desarrolla como consecuencia de pasar buena parte del día exclusivamente con la niña o niño, es percibida como un indicador de la buena comunicación que establecen. Hay un conocimiento mutuo y un buen nivel de comprensión de las necesidades del/la menor:

- *“Estamos siempre juntos, nos conocemos bien”.*
- *“Compartimos mucho tiempo juntas, tenemos afinidad, estamos muy apegadas”.*

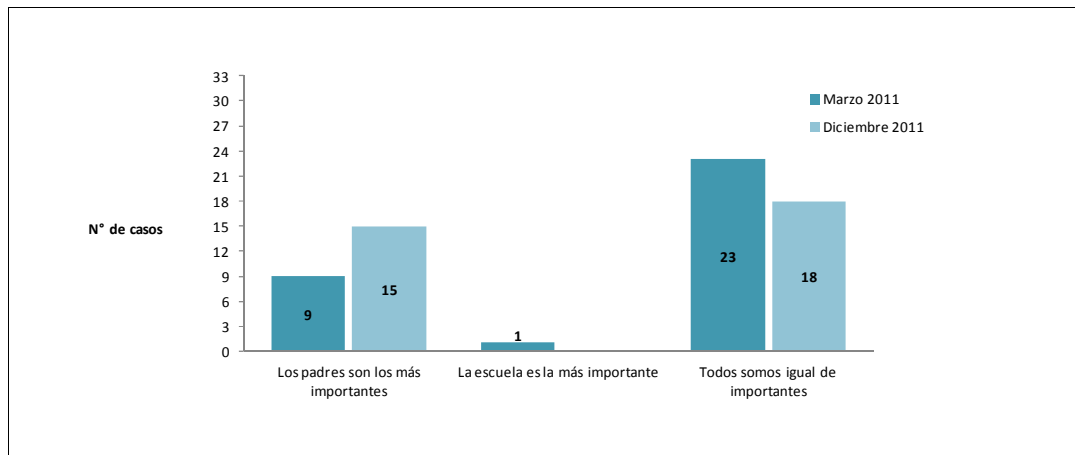
- *“Pasamos mucho tiempo juntos y ya se lo que quiere”.*
- *“Lo conozco, jugamos juntos, yo soy su mundo”.*

Por otra parte, vemos que quienes califican de “regular” la relación con el/la menor, lo hacen en atención a la dificultad que tienen para enfrentar comportamientos inadecuados, a las peleas que se suscitan y a la sensación de que los niños “les hacen rabiar”. Visto de otro modo, puede señalarse que las entrevistadas resaltan como algo muy positivo el hecho de que la niña o niño que tienen a su cargo sea tranquila/o, obediente, que no dé problemas y que, en definitiva, se porte bien. Junto con remarcar el buen comportamiento de los niños, hacen ver que el tener paciencia con ellos y comprender sus necesidades, son factores que favorecen una buena relación.

Al comparar la respuesta que dieron en marzo con aquella que expresaron en diciembre, vemos que la diferencia es discreta y que nos encontramos más bien con la reafirmación de lo dicho en la primera medición.

Frente a la pregunta ¿se siente importante en la educación del niño/a? Todas las mujeres entrevistadas respondieron SI tanto en el cuestionario inicial, como en el final. Ahora al preguntarles sobre ¿Quiénes son los más importantes en la educación de los hijos? Las respuestas comparativas entre ambas etapas se ven reflejadas en el siguiente gráfico n° 33.

Gráfico N°33: ¿Quiénes son los más importantes en la educación del niño/a?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Al ver las columnas correspondientes al cuestionario final en diciembre 2011, podemos apreciar como la opción “los padres son los más importantes en la educación de los hijos” crece después de haber participado en el programa. Esto se debe a que el programa tiene entre sus objetivos fortalecer la figura parental, dándoles seguridad en sí mismos, al formarlos en temas de crianza y educación de los hijos. Este cambio lo vemos como positivo, pues se puede interpretar como un aumento del empoderamiento de las madres o como un reconocimiento de que su rol es de primera importancia.

La opinión más generalizada es que debe existir un complemento entre los padres y la escuela. La mayor parte de las mujeres que participaron en el estudio, señala que el rol de los padres es diferente al de la escuela y que a partir de la colaboración mutua, entre ambos, se consigue el objetivo de dar una buena educación a los niños. Por una parte, hay quienes señalan que los ámbitos de incumbencia de ambos agentes educativos son diferentes: es propio de las familias entregar valores y la escuela entrega conocimientos. Por otra parte, están quienes consideran que los primeros aprendizajes se dan en el hogar y que, más tarde, la escuela se encarga reforzarlos. De allí que hay quienes creen que el rol de la familia es fundamental y que la escuela ocupa un lugar secundario.

Al analizar el cambio entre la primera y la segunda evaluación, vemos que hay una

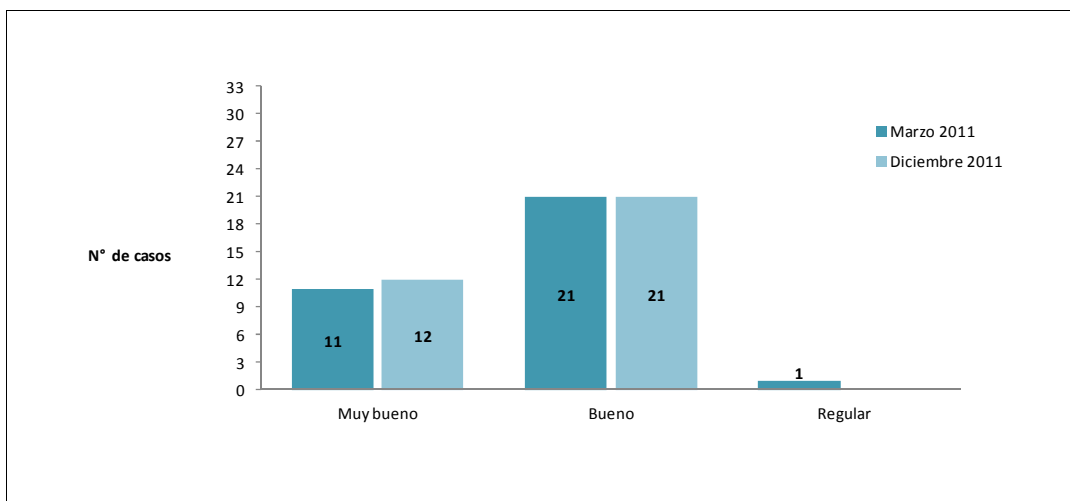
proporción bastante considerable de mujeres que pasa de considerar que la escuela es tan importante como la familia a creer que esta última es la más importante. Este cambio lo vemos como positivo y puede ser interpretado como el resultado de la intervención realizada a través del programa, en la medida que refleja el refuerzo de la idea de que la familia es esencial en la educación de los niños. Las siguientes frases ponen de manifiesto en el tipo de respuestas que algunas mujeres dan al comienzo de su participación en el programa y el cambio que se produjo al finalizarla:

- Al inicio se responde que la responsabilidad *“es mitad y mitad”* y después, *“la educación empieza por casa; si en la escuela le dan buena educación y yo no la refuerzo, no sirve de nada”*.
- Al inicio se considera que ambas partes son igualmente importantes porque son *“un complemento”* y después, que el rol de la familia es de primer orden: *“la gran parte la hace uno. El colegio es el complemento, uno refuerza en la casa”*.
- En marzo: *“en la casa y en la escuela deben ir a la par, son importantes. Los padres encausan la educación de comportamiento y la escuela las tareas. Casa es de valores”* y en diciembre: *“somos el ejemplo para los niños y soy el apoyo fundamental para que tenga una educación buena”*.
- *“Los padres les damos principios y educación y la escuela da conocimientos”*, decía otra mujer al inicio, mientras que al final del programa señaló lo siguiente: *“la enseñanza parte de la casa”*.
- Al inicio: *“Entre padres y escuela comparten responsabilidad”* y al final del programa: *“De la casa sale la educación, después son los estudios”*.

Todas estas citas ejemplifican el cambio en la respuesta de quién es más importante en la educación de los niños pasando desde considerar que “los padres y la escuela son igual de importantes” a considerar que “los padres son los más importantes”. Como se desprende de estas respuestas, las participantes del programa creen que la familia cumple un rol que es diferente al de la escuela: si la primera se ocupa de la formación valórica, la segunda se encarga de los aspectos académicos.

En el grafico n° 34 vemos las respuestas de marzo y diciembre respecto a la pregunta ¿cómo definiría su desempeño como madre o cuidadora?

Gráfico N°34: ¿Cómo definiría su desempeño como madre o cuidadora?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Frente a la pregunta ¿Cómo definiría su desempeño como madre, padre y/o cuidadora? Vemos que las opciones se mantienen en ambas instancias, situándose, entre las respuestas más frecuentes, las opciones “buena” y “muy buena”. Con esto podemos decir que existe una percepción positiva por parte de las madres y cuidadoras en cuanto a su desempeño personal respecto a los cuidados del niño a su cargo tanto al inicio del programa como al final.

Ahora, en la pregunta n° 26 del cuestionario, se les pide a las mujeres entrevistadas que señalen alguna fortaleza en su labor de madre o cuidadora. Casi todas son capaces de identificar al menos una fortaleza y reflejan estar satisfechas con el rol que desempeñan. Dos son respuestas que sobresalen: tener paciencia (13 casos) y estar siempre preocupada de las necesidades de los niños (7 casos). Otras respuestas que se repiten, aunque son mencionadas con una frecuencia menor, son las siguientes:

- Comprender las necesidades del niño/a,
- Darles cariño,

- Dedicar tiempo a jugar con ellos,
- Darles confianza, seguridad y la posibilidad de explorar,
- Ocuparse de los cuidados básicos, tales como alimentación, higiene y salud.

En la pregunta n° 27 se les pide señalar alguna debilidad en su labor de madre y/o cuidadora a lo que la mayoría de las mujeres que participaron en el programa pone de relieve la dificultad para poner límites y para manejar las malas conductas de los niños tales como “pataletas” o las peleas con sus hermanos. Algunas dan cuenta de problemas de organización o falta de tiempo para cumplir con sus responsabilidades, en tanto que otras hacen referencia a fallos relacionados con los cuidados básicos, especialmente con la alimentación.

En términos generales, puede decirse que se valoran las cualidades de ser paciente y dedicada y que se reconoce como principal debilidad el no saber cómo poner límites y controlar las rabietas de los niños/as. Al comparar las respuestas iniciales con las recogidas al final del programa, podemos ver que el número de características nombradas no varía mayormente (ni de cualidades, ni de defectos o debilidades) y que prevalece una percepción positiva del desempeño como madre o cuidadora.

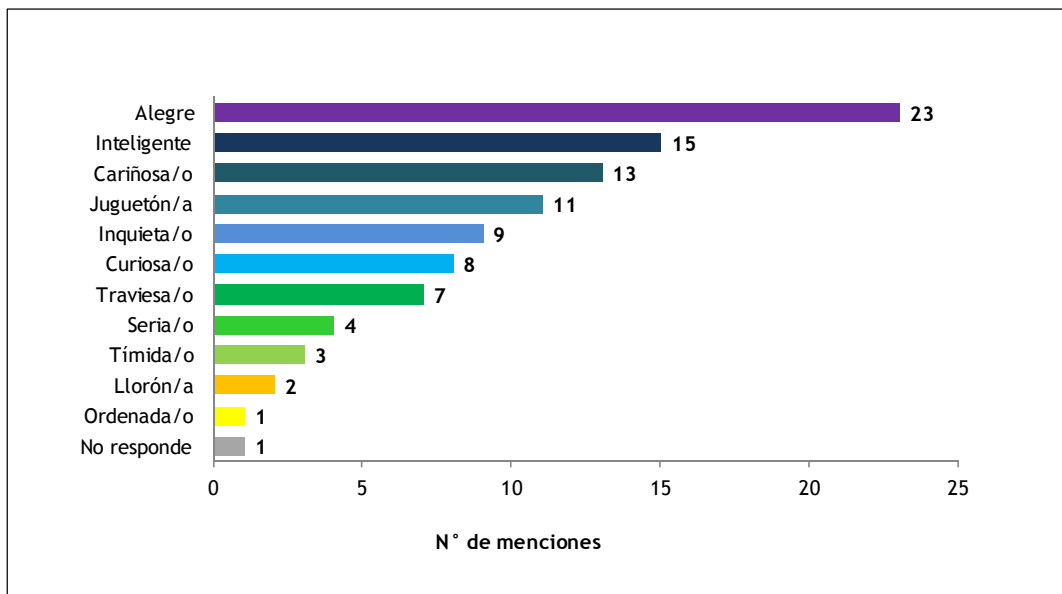
6.3.3 *Habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño*

Los siguientes gráficos entre el n° 35 y el n° 40, reflejan las respuestas a las preguntas del cuestionario pertenecientes al ámbito de habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño. Estas abordan la percepción de los padres o cuidadores en la relación afectivo- social con el menor, el conocimiento de sus características y modo de ser y sus preferencias a la hora del juego.

La primera pregunta en este ítem es identificar tres características que el adulto entrevistado vea en el niño/a a su cargo. Entre las opciones, se ofrecen características positivas como: alegre, inteligente, simpático, ordenado y también se ofrecen características negativas como: llorón, travieso, inquieto, etc.

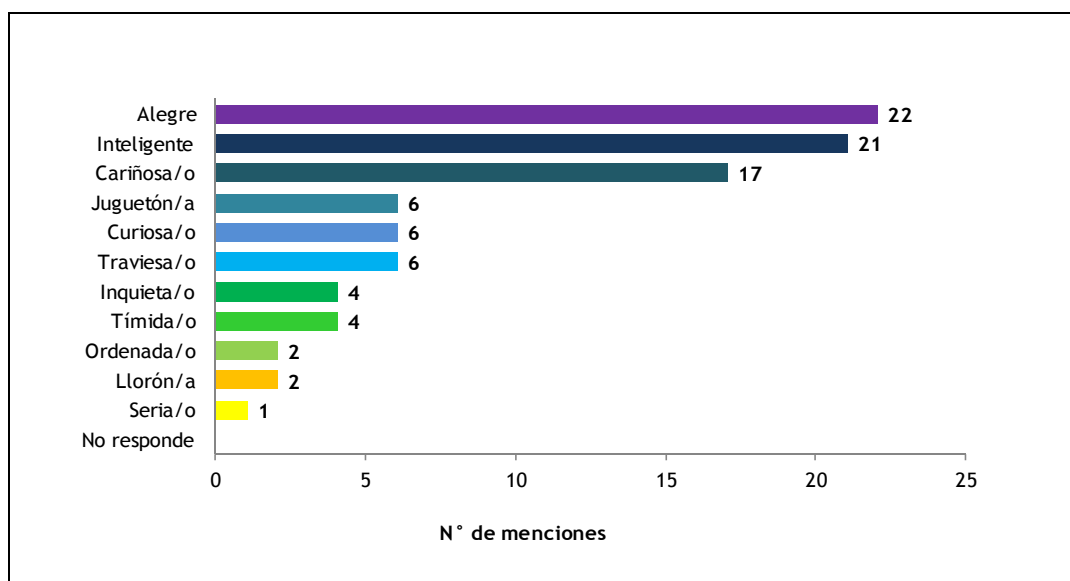
En los siguientes gráficos n° 35 y n° 36, vemos las características de los niños más reconocidas por parte del adulto, tanto en marzo 2011 como en diciembre 2011.

**Gráfico N°35: ¿Cuáles son las características que mejor representan al menor?
(marzo 2011)**



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede elegir hasta tres respuestas.

**Gráfico N°36: ¿Cuáles son las características que mejor representan al menor?
(diciembre 2011)**

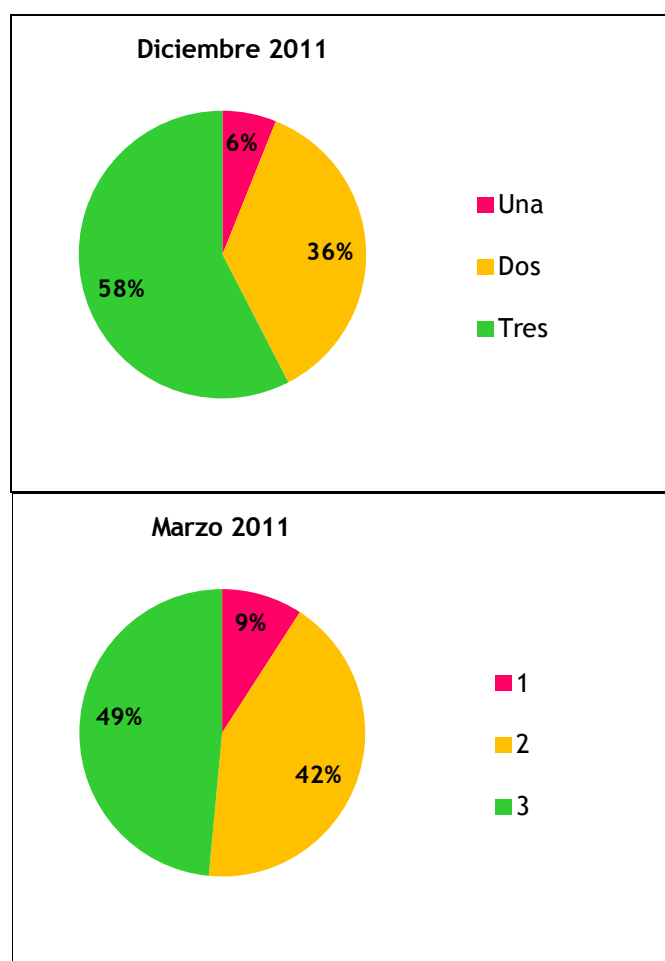


Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre del 2011 Pregunta de respuesta múltiple, puede elegir hasta tres respuestas.

Al comparar los gráficos n° 35 y n° 36, vemos que las características positivas como ser alegre, inteligente y cariñoso son las más nombradas en ambas instancias, sin embargo, en el segundo cuestionario éstas tres primeras preferencias crecen en número, marcando una gran diferencia respecto a la cuarta característica más repetida que tan sólo es nombrada por seis personas.

En el siguiente gráfico n° 37 vemos la cantidad de características positivas que el adulto reconoce en el niño, al principio y al final del programa.

Gráfico N°37: Cambio en el número de características positivas que destacan de los niños/as

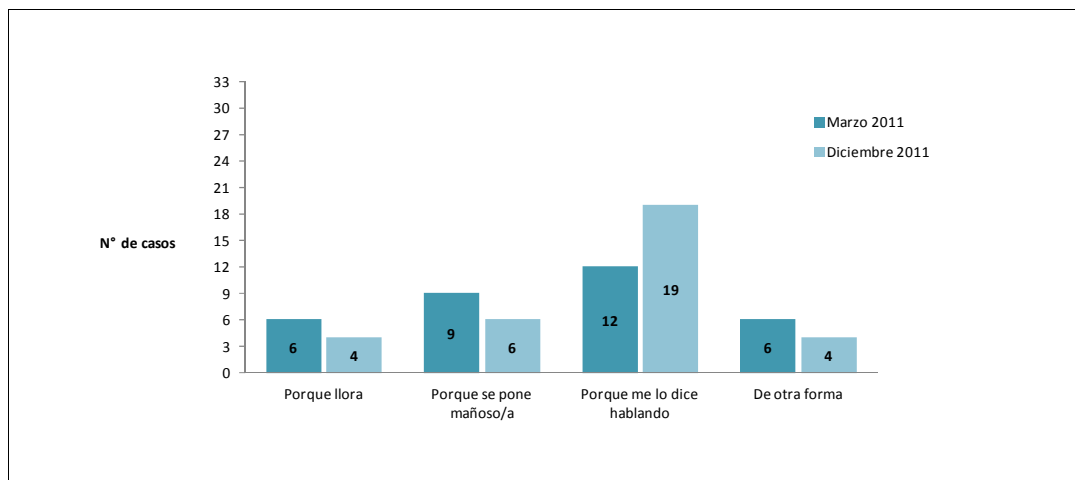


Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre del 2011

Al comparar los gráficos de ambas etapas, vemos como en el cuestionario final, las mujeres entrevistadas señalan mayor cantidad de características positivas en el niño a su cargo. En marzo sólo un 49% de mujeres señalaba tres características positivas y en diciembre esa percepción crece a un 58%. Esto quiere decir que, la mayoría de las madres y cuidadoras destaca características positivas en los menores a su cargo y que luego de participar en el programa, esta conducta se incrementa casi en un 10% más.

En el grafico n° 38 se puede apreciar las respuestas a la pregunta ¿Cómo se da cuenta de alguna necesidad de su niño/a (hambre, sueño u incomodidad)?, tanto en marzo 2011 como en diciembre 2011.

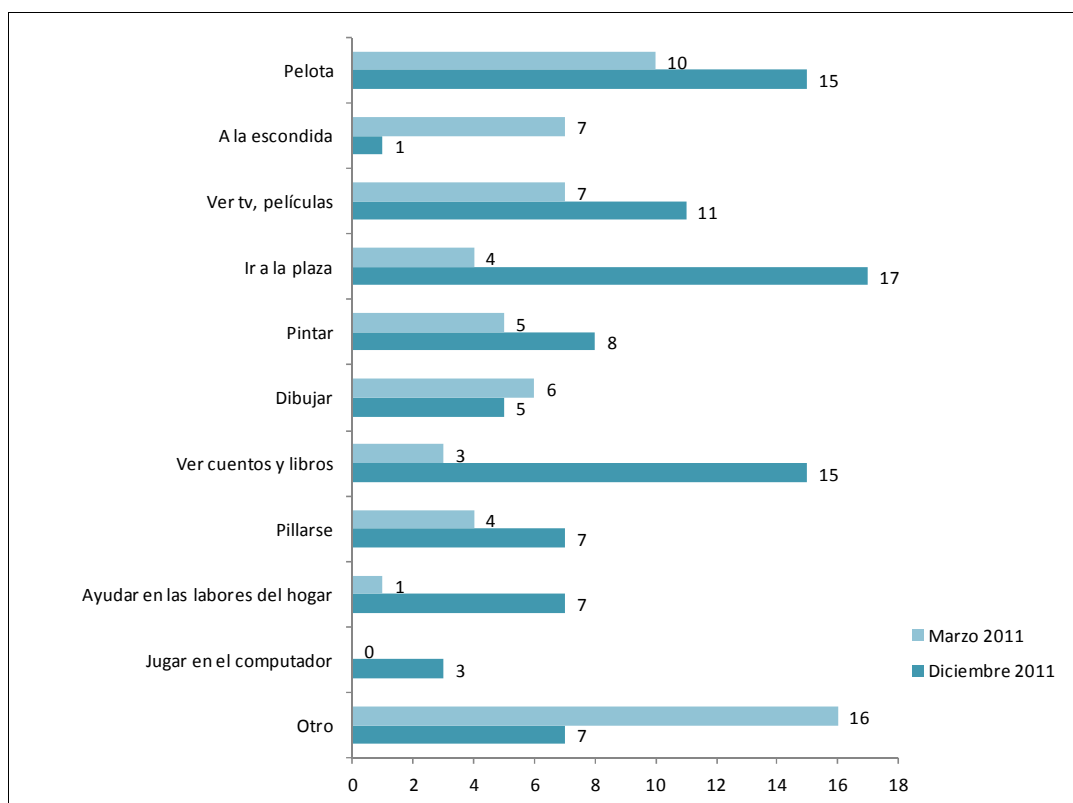
Gráfico N°38: ¿Cómo se da cuenta usted que el niño/a tiene alguna necesidad (hambre, sueño u incomodidad)?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

El cambio significativo en esta pregunta, se observa en la opción “ me lo dice hablando”, lo que se entiende por el hecho de que los niños han crecido en los 9 meses de duración del programa y los que comenzaron con un escaso lenguaje, finalizan con las funciones lingüísticas mas desarrolladas. Interesante resulta percibir, como el adulto a cargo, se da cuenta de esto y es capaz de variar su respuesta en el cuestionario final.

Gráfico N°39: ¿A qué le gusta jugar al niño/a? (Número de casos)



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

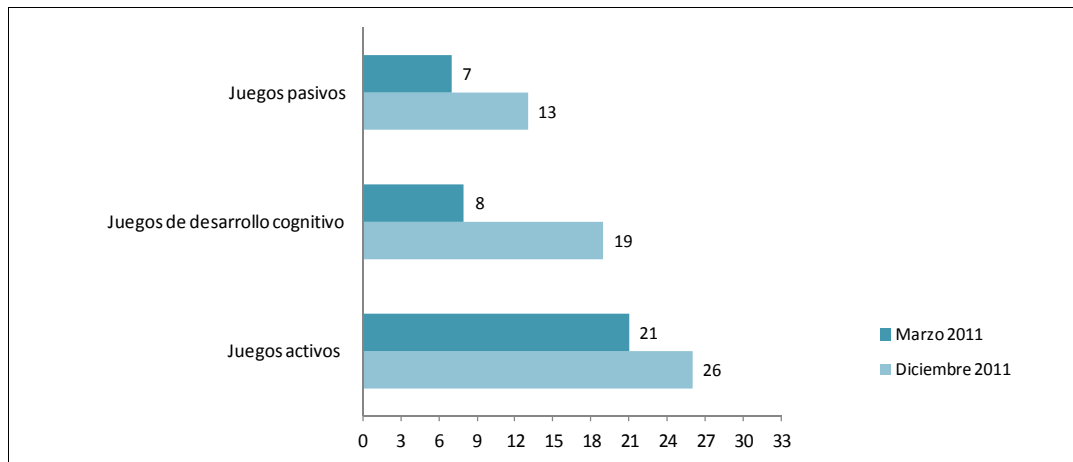
Tabla N°18: ¿A qué le gusta jugar al niño/a?
(Número de casos, según sexo del menor)

Actividad	Niñas	Niños		
	Marzo 2011	Diciembre 2011	Marzo 2011	Diciembre 2011
Jugar en el computador	0	1	0	2
Ayudar en las labores del hogar	1	4	0	3
Pillarse	3	3	1	4
Ver cuentos y libros	2	8	1	7
Dibujar	4	4	1	2
Pintar	3	5	2	3
Ir a la plaza	2	8	2	9
Ver tv, películas	1	4	6	7
A la escondida	1	3	4	0
Pelota	4	7	6	8
Otro juego	7	3	9	4

Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

En cuanto al gráfico n° 39, que refleja las respuestas a la pregunta ¿A qué le gusta jugar al niño/a?, los cambios significativos en las preferencias de juego, se ven en las filas destacadas con color rojo en la tabla n°18. La opción de ver y leer cuentos crece notoriamente tanto en las niñas como en los niños. En esto suponemos la fuerte influencia del programa, ya que entre sus objetivos centrales, se encuentra el desarrollo del lenguaje y en la rutina diaria del programa, se privilegian los momentos que apuntan al desarrollo lingüístico del menor. Por otra parte, crece también el juego de “ir a la plaza”, lo cual se entiende por el crecimiento de los niños participantes del programa. Al inicio, muchos eran bebés que no demandaban movimiento locomotores como caminar, correr o saltar. Los niños han crecido y su interés por desarrollar destrezas relacionadas con la motricidad gruesa, es mayor.

Gráfico N°40: Tipo de juego al que le gusta jugar al niño/a
(Número de casos)

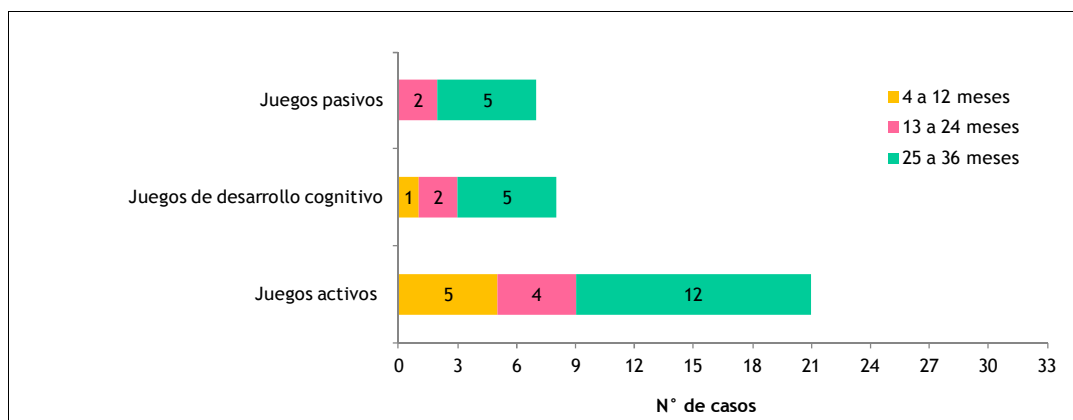


Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

En cuanto al gráfico n° 40, que señala el tipo de juego que le gusta jugar al niño/a, se ve que crece notoriamente en el segundo cuestionario, las preferencias en torno al juego de desarrollo cognitivo, entre los cuales clasifican: ver cuentos y libros, dibujar y pintar

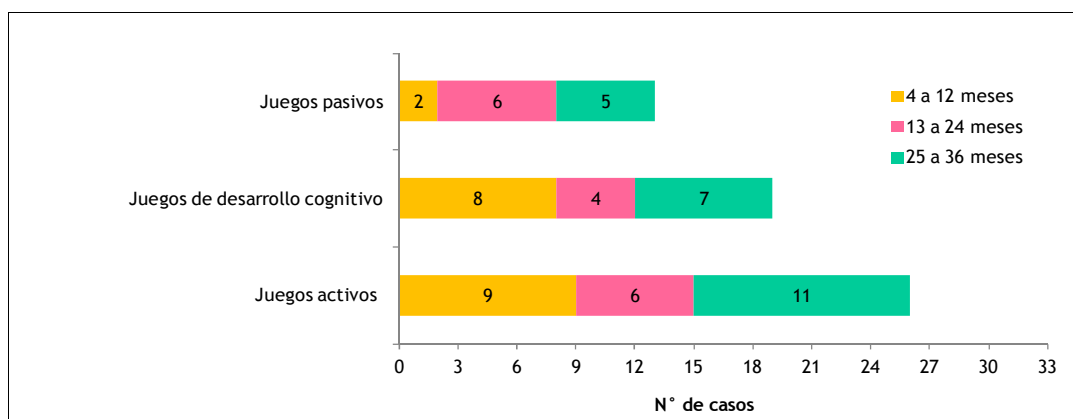
También, podemos ver un importante aumento en los juegos de tipo pasivo, entre lo que se encontraban juegos como: jugar al computador, ver televisión y ver películas. Esto lo evaluamos como contraproducente, pues la exposición a este tipo de estímulos, no debiese superar la media hora en niños de dos años (Brazelton, 2005).

Gráfico N°41: Tipo de juego al que le gusta jugar al niño/a
(Número de casos, según edad del menor)



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

Gráfico N° 42: Tipo de juego al que le gusta jugar al niño/a
(Número de casos, según edad del menor)



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

En el caso de los gráficos n° 41 y n° 42, resulta interesante ver, cómo los juegos de desarrollo cognitivo, aumentan en el segmento de edad más pequeños del grupo. Si bien los niños fueron creciendo y adquiriendo nuevas habilidades, los padres han percibido el cambio en sus preferencias, lo que supone un mejor desempeño en la dinámica de juego, por parte del adulto a cargo del niño/a.

En la pregunta n° 43 se les pide a las entrevistadas responder a la interrogante ¿Para que es bueno el niño?, ¿qué hace bien? A la hora de nombrar ámbitos en los que el niño o niña es bueno/a o cosas que hace bien, encontramos una gran variedad de respuestas y que refieren, sobre todo, a sus características personales. En este sentido, se valoran cualidades como la sociabilidad, la alegría, la creatividad, la inteligencia y ser cariñoso/a, obediente y ordenado/a. Por otra parte, se destacan el desarrollo de la motricidad fina y el hábito de comer bien.

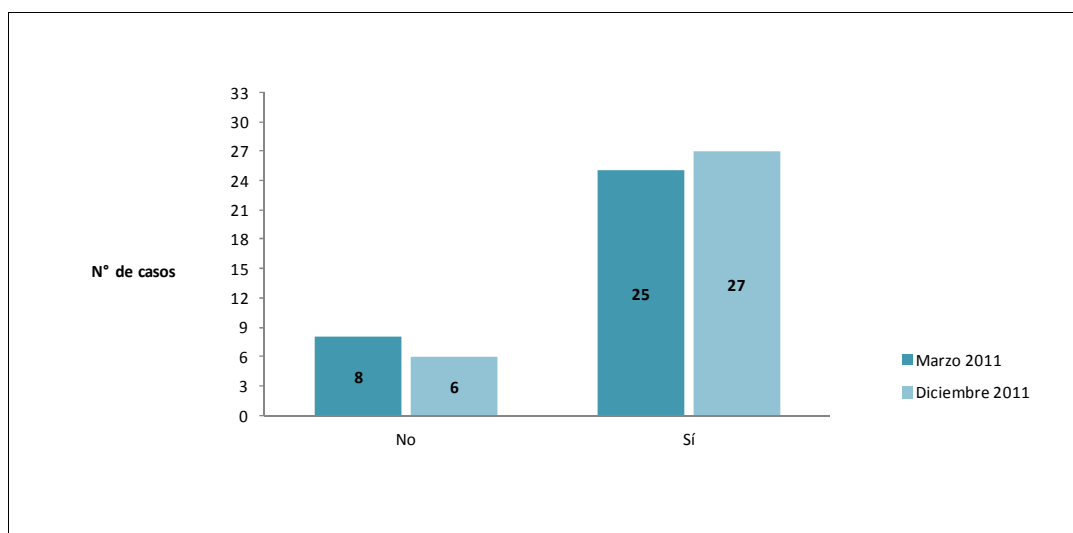
Junto con indicar las cosas que el niño hace bien, se incluyó una pregunta para que las encuestadas señalaran lo que más le cuesta hacer al niño. En este caso, las respuestas son diversas y, como era de esperar, varían de acuerdo a la edad de los menores. Entre las menciones de las madres y cuidadoras, sobresalen aquellas que refieren tareas de desarrollo, particularmente referidas al desarrollo del lenguaje y a caminar con independencia. También hacen notar problemas de conducta como desobediencia y la dificultad para mantenerse tranquilos. En menor medida, las mujeres que participaron en el programa, se refirieron a características personales tales como: el ser retraídos, poco sociables o demasiado apegados. Además, algunas dijeron, que lo que más le ha costado a su niño, es la adquisición de buenos hábitos básicos de alimentación y descanso (sueño).

Al comparar las respuestas emitidas en marzo con las de diciembre no se observan mayores diferencias, salvo las que se relacionan con el crecimiento y desarrollo natural que hay durante los nueve meses que duró el programa.

6.3.4 Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo

Los siguientes gráficos, entre el n° 43 y n° 49, reflejan las respuestas a las preguntas del cuestionario relacionadas con habilidades para implicarse en la tarea educativa, tener una visión positiva de los niños y la familia. Capacidad, por parte del adulto a cargo del niño, para buscar ayuda en la familia y/o instituciones cuando tienen problemas con los hijos y tener confianza y colaboración con los profesionales e instituciones que quieren ofrecer apoyo y ayuda.

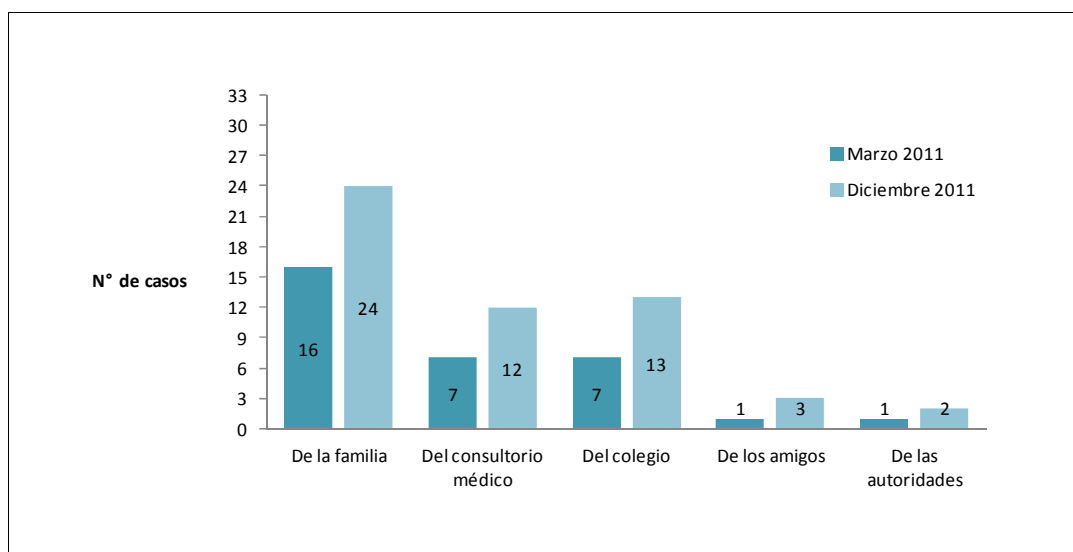
Gráfico N°43: ¿Cree usted que necesita ayuda para educar al niño/a?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

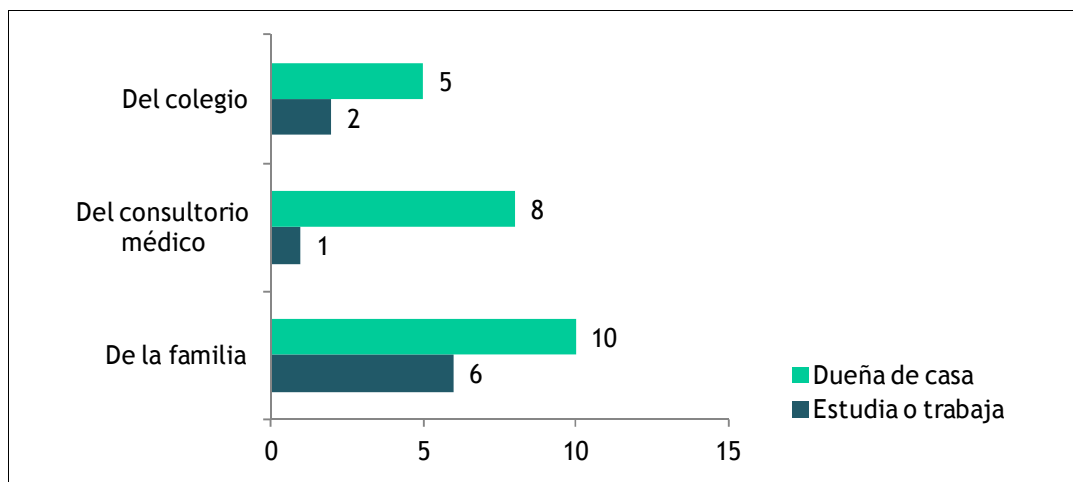
En cuanto a la pregunta ¿cree usted que necesita ayuda para educar a su hijo/a?, se puede ver un leve aumento en la respuesta SI y a continuación, en el gráfico n° 44, cuando se pregunta ¿de quien espera recibir esa ayuda?, podemos observar un crecimiento notorio en la opción familia, en la opción consultorio medico y en la opción colegio. Esto refleja que, la familia, como red de apoyo, se empodera al participar del programa “Juguemos con nuestros hijos”, que tiene entre sus objetivos, validar a los padres y familia, como primeros agentes educativos. Por otra parte, nos resulta interesante, ver como los padres consideran al consultorio médico y a la escuela, como dos fuertes agentes de apoyo en la educación de sus hijos/as.

Gráfico N°44: ¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a?



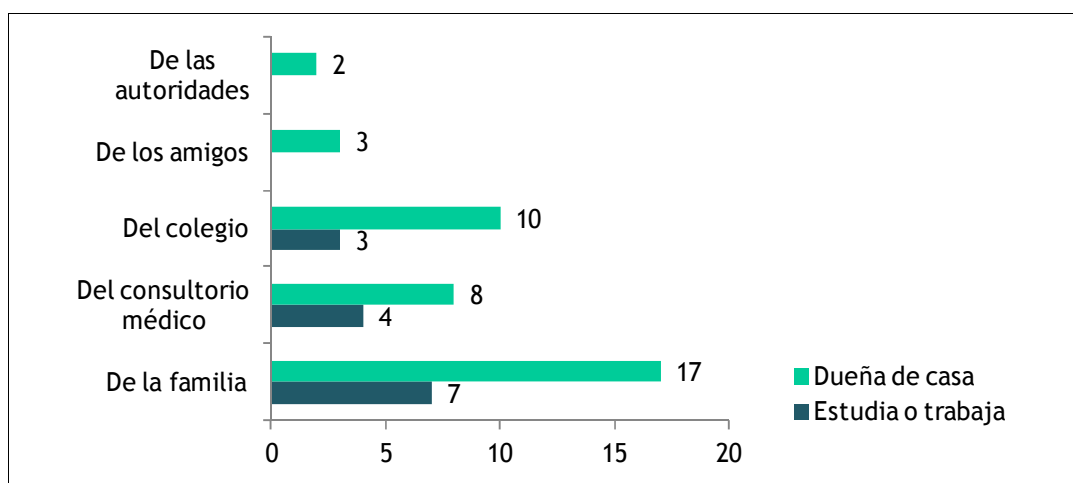
Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. (Base: 32 casos)

Gráfico N°45: ¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a?
(Número de casos, según ocupación de la madre o cuidadora)



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. (Base: 24 casos)

Gráfico N°46: ¿De quién espera recibir ayuda para educar al niño/a?
(Número de casos, según ocupación de la madre o cuidadora)



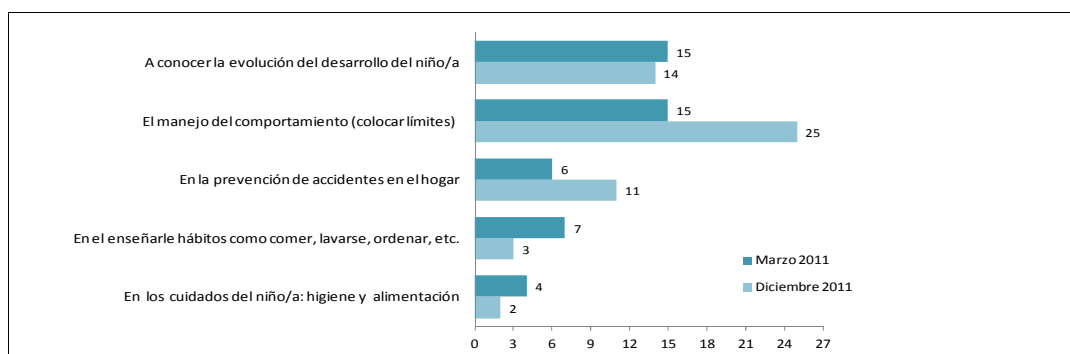
Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. (Base: 27 casos)

Cuando agregamos la variable “ocupación de la madre o cuidadora” a la pregunta ¿de quien espera recibir ayuda para la educación de su hijo?, nos encontramos que en el segundo cuestionario, crece, entre las dueñas de casa principalmente, la opción familia y también aparece en este grupo, la opción “amigos” y “autoridades”, lo cual resulta interesante, pues los adultos participantes del programa reconocen necesitar ayuda y que esperan recibir apoyo no solo de sus familias, sino también, de los amigos y las autoridades.

Se denota una actitud dispuesta a desplegar la red de apoyo existente para afrontar mejor la educación de sus hijo/as.

En el grafico n° 47, exponemos las respuestas comparativamente entre marzo 2011 y diciembre 2011, a la pregunta: ¿En que temas le gustaría que se le ayudase?

Gráfico N°47: ¿En qué temas le gustaría que se le ayudase?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. (Base: 25 casos en marzo y 27 en diciembre)

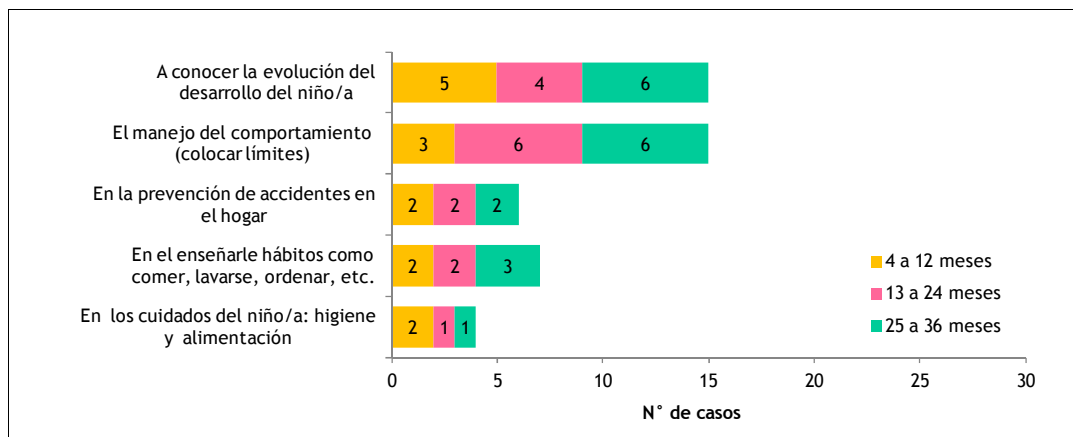
Como podemos apreciar en el gráfico n° 47, frente a la pregunta ¿en que temas le gustaría que se le ayudase?, hay un considerable aumento en la opción “manejo del comportamiento”. Se deduce, que al ir creciendo, los niños ponen más a prueba la paciencia y la delimitación de normas y límites, y que los padres, por su parte, son conscientes de la dificultad que supone manejar correctamente este tema.

La proporción de mujeres que inicialmente querían que se les ayudase en el manejo de comportamiento de sus hijos, aumentó significativamente después de haber participado en el programa. De las 9 mujeres que en marzo estimaban que no requerían ayuda en este aspecto, 7 terminaron el programa reconociendo que ésta es un área en la que desearían tener apoyo. De las 13 mujeres que al inicio demandaban ayuda en este sentido, todas mantuvieron la misma postura en la consulta realizada en diciembre.

El tema de “prevención de accidentes en el hogar” también refleja un aumento que se entiende al considerar que los niños han crecido, son más independientes y autónomos respecto al movimiento y por tanto, están más expuestos a los peligros y accidentes del hogar (caídas de escaleras, golpes con puntas de muebles, mal uso de juguetes, etc.).

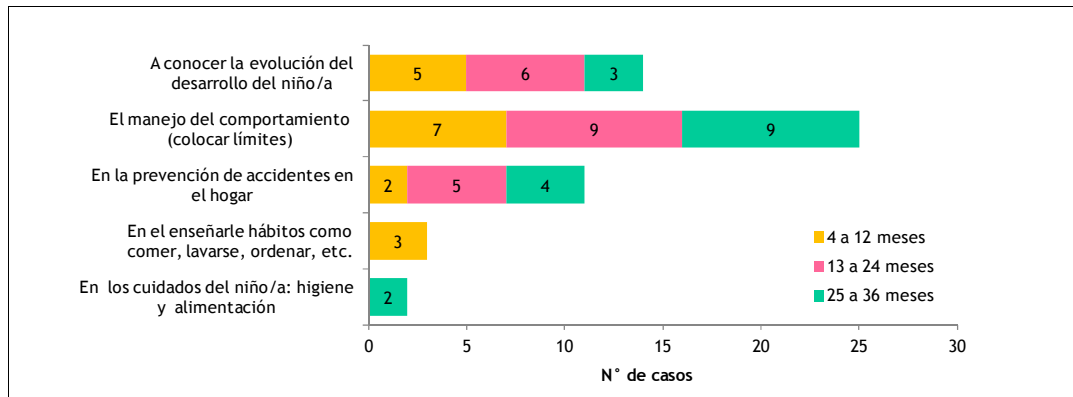
En los siguientes gráficos n° 48 y n° 49, agregamos a la pregunta anterior la variable “edad del menor”.

Gráfico N°48: ¿En qué temas le gustaría que se le ayudase?
(Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. (Base: 25 casos)

Gráfico N°49: ¿En qué temas le gustaría que se le ayudase?
(Número de casos, según edad del menor, diciembre 2011)

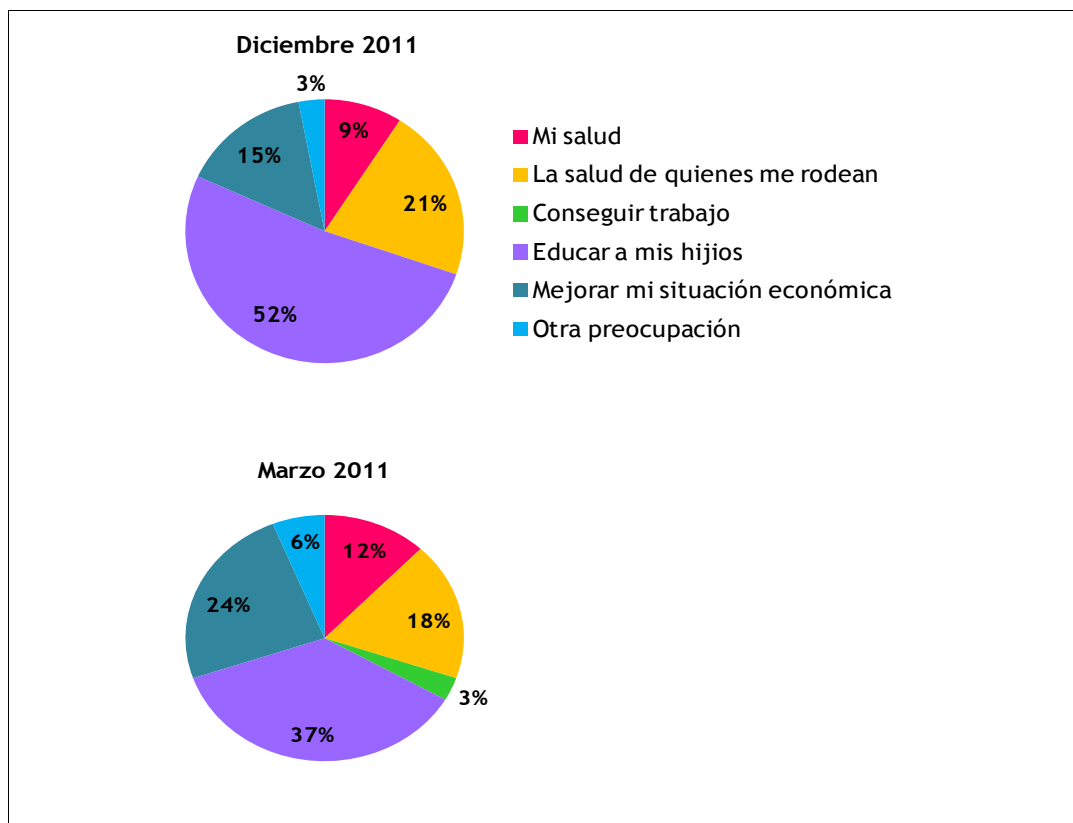


Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger hasta tres opciones. (Base: 27 casos)

Al agregar la variable “edad del menor” y comparar los resultados de marzo 2011 y diciembre 2011 vemos, como el tema del manejo de los límites, aumenta en todos los segmentos de edades. Esto tiene lógica si recordamos que los niños, al finalizar el programa, están 9 meses más grandes, han ganado en autonomía y ha crecido el deseo de ser autónomos y llevar a cabo sus ideas.

En el siguiente grafico n° 50 vemos las respuestas a la pregunta ¿qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?, tanto en el cuestionario inicial como en el final.

Gráfico N°50: ¿Qué es lo que más le preocupa en su vida en estos momentos?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

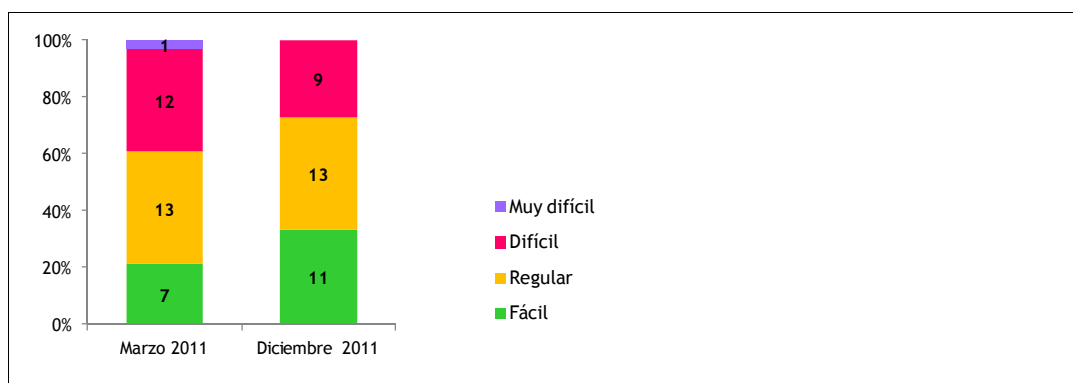
Como podemos apreciar en la comparativa del gráfico n° 50, frente a la pregunta ¿qué es lo que más le preocupa de su vida en éstos momentos?, vemos que la opción “educar a mis hijos” crece notoriamente en diciembre 2011, lo que nos confirma nuevamente que, el tema de la educación de los hijos, toma fuerza y protagonismo al participar en el programa. Los padres toman conciencia de la importancia de este tema en la vida familiar.

6.3.5 Habilidades educativas

A continuación se presentan los gráficos del n° 51 al n° 62, donde se reflejan las respuestas a las preguntas relacionadas con las habilidades educativas que son aquellas relacionadas con la calidez en las relaciones, estimulación y apoyo del aprendizaje y el juego, autoeficacia parental, actitud y expectativas ante la vida y la educación de los valores.

Gráfico N°51

¿Cómo considera usted la labor de ser madre o cuidadora?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

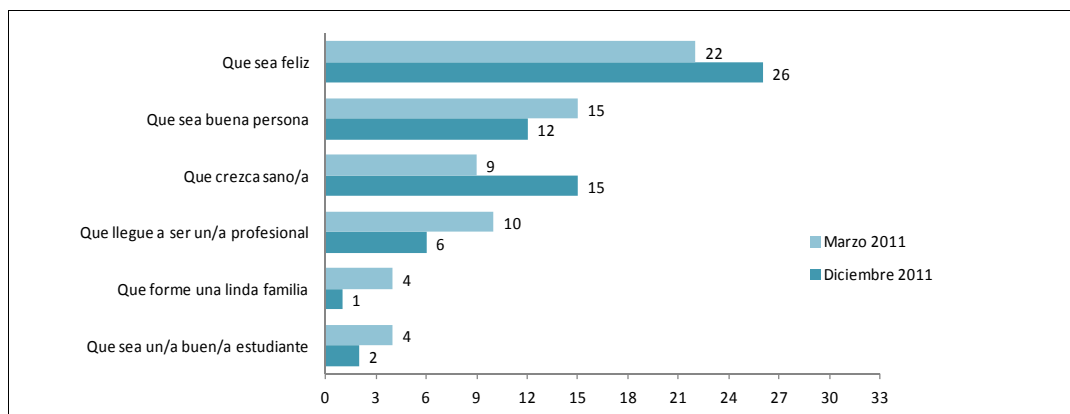
Como podemos ver en la comparativa del gráfico n° 51, frente a la pregunta ¿Cómo considera la labor de ser madre o cuidadora? vemos que la opción “regular” se mantiene y sigue siendo una mayoría y que la opción “fácil” crece, mientras la opción “difícil”, descende. Lo destacable en este caso, es que la opción “difícil” descienda, pues al menos, para tres mujeres, la participación en el programa, les sirvió para aliviar y percibir de manera más positiva, la labor de cuidar a un niño. Por otra parte, es absolutamente realista, constatar que la mayoría de las mujeres se sitúe en la opción “regular”, puesto que la crianza de un niño, a medida que crece, va siendo más ardua y más dura.

Destacable es también, que la opción “fácil” haya crecido 4 puntos más, pues refleja que la participación en el programa ha dado herramientas para enfrentar mejor la

labor de madre y/o cuidadora.

A continuación, en el gráfico n° 52, vemos las respuestas de marzo 2011 y diciembre 2011, a la pregunta ¿Qué espera del niño/a?

Gráfico N°52: ¿Qué espera del niño/a?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

Como podemos ver en el gráfico n° 52, la opción “ser feliz”, como respuesta, es la preferida tanto en marzo 2011 como en diciembre 2011. Sin embargo, la opción de “crecer con salud” pasa a ser la segunda preferencia en diciembre 2011, dejando atrás la opción “que sea buena persona”, que era la segunda preferencia en marzo 2011.

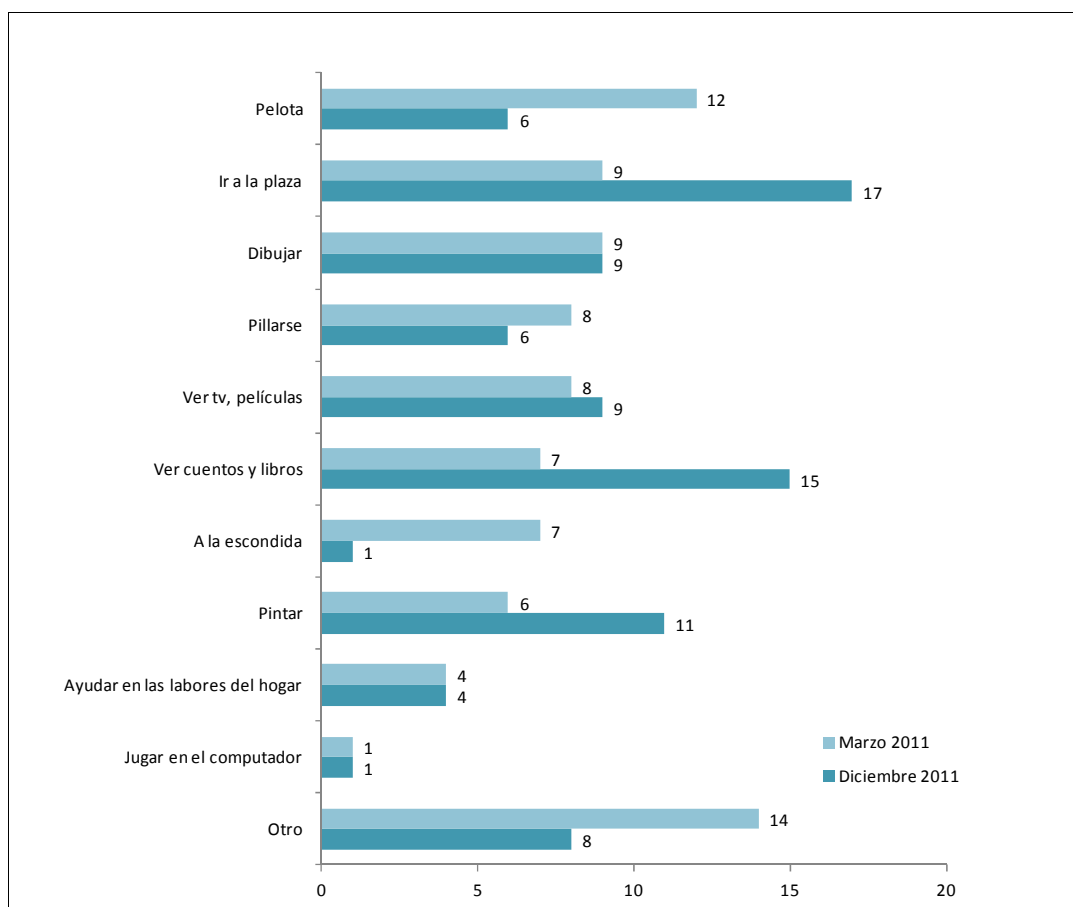
Ahora, enfrentadas a la pregunta “¿qué espera del niño y por qué?”, la expectativa de que los menores sean felices, es casi unánime. Ellas consideran que la felicidad es fundamental en la vida y la base para la realización personal. Las siguientes frases ejemplifican lo anteriormente dicho:

- “Porque si uno se preocupa de todo y no es feliz, no sirve. El niño funciona en base a que sea feliz”.
- “En la felicidad está todo”.

- *“Porque es lo mas importante en la vida si es feliz en lo que hace. Si es sano y no está conforme con su vida, no está bien”.*
- *“Que sea feliz porque así consigue todo lo que quiera en la vida”.*
- *“Un niño feliz siempre va a tener una persona que la va a acompañar”.*
- *“Porque siendo feliz puede desarrollar más emociones y demostrar lo que quiere”.*
- *“Porque si es feliz, es feliz en todos los ámbitos”.*
- *“Ser feliz es la base para estar bien a nivel general”.*

Frente a la pregunta ¿Juega con el niño/a?, todas las entrevistadas respondieron SI en ambas instancias: marzo 2011 y diciembre 2011. Luego, al preguntarles sobre el tipo de juegos que realizan con el menor, el gráfico n° 53 muestra claramente las tendencias.

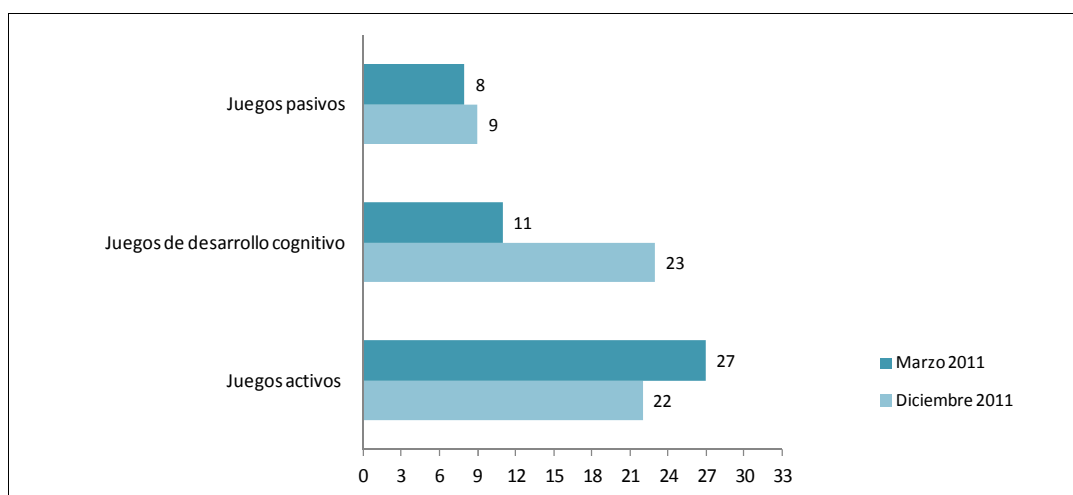
Gráfico N°53: ¿Qué tipo de juegos le gusta hacer con usted?



Fuente: Cuestionario aplicado a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

En el gráfico n°53 podemos observar un importante crecimiento en la actividad de “ir a la plaza”, “ver libros y cuentos” y en “pintar”. Es importante recordar que los niños han crecido y que la demanda de movilidad física y sociabilidad es mayor en el momento de pasar el segundo cuestionario (final). Es por esto que se entiende el aumento en la opción de ir a la plaza. Sin embargo, confirmamos también, como la conducta de ver cuentos, crece luego de participar en el programa y que los padres adquieren el hábito de la lectura y el uso de cuentos entre los juegos que practican con sus hijos.

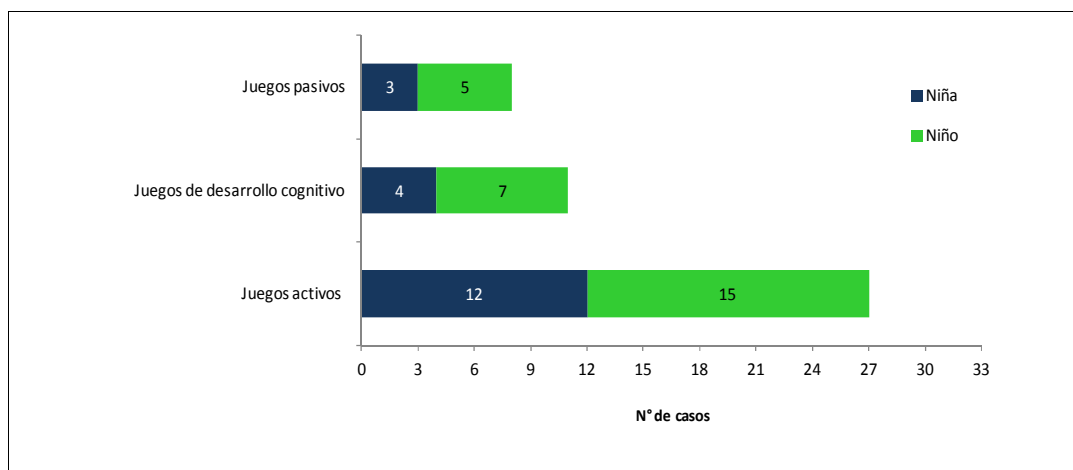
**Gráfico N°54: Tipo de juegos que al menor le gusta hacer
con la madre o cuidadora**



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

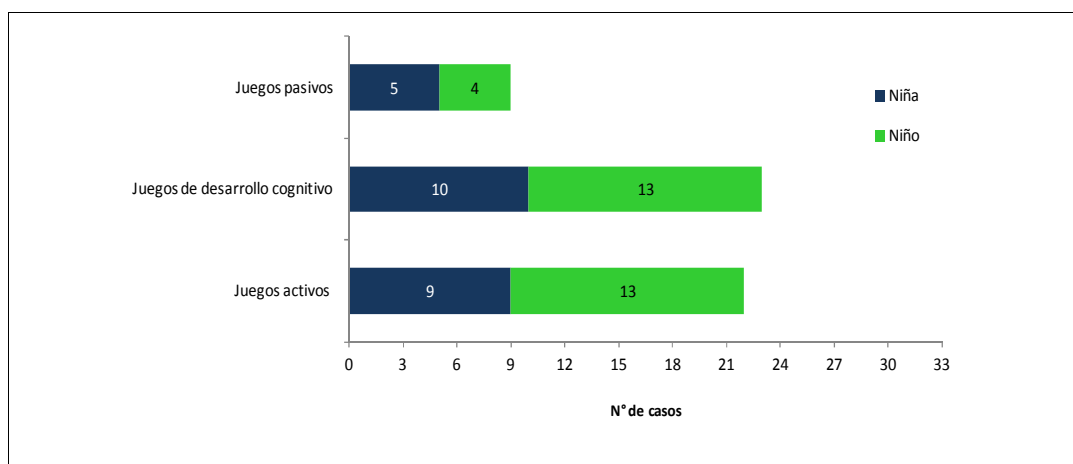
Al igual que en la pregunta ¿Qué le gusta jugar al niño/a? (gráfico n° 40), las respuestas coinciden con los juegos que apuntan al desarrollo cognitivo. Esto quiere decir, que los juegos relacionados con ver y leer cuentos, pintar, dibujar, etc., son prácticas lúdicas que han aumentado gracias a la participación en el programa, dejando más atrás a los “juegos activos” (desarrollo de motricidad gruesa) y los “juegos pasivos”, como ver tele, ver computador y ver películas, que a su vez, son prácticas poco recomendables en niños tan pequeños (0-2 años).

Gráfico N°55: Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora (Número de casos, según sexo del menor, marzo 2011)



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

Gráfico N°56: Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora. (Número de casos, según sexo del menor, diciembre 2011)

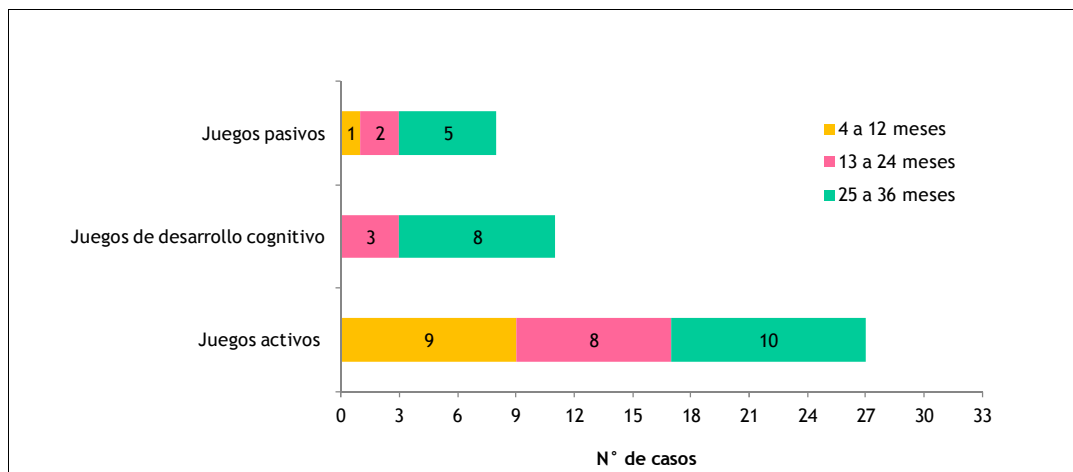


Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

Al observar los gráficos n° 55 y 56, confirmamos que los juegos de desarrollo cognitivo, crecen considerablemente, en las respuesta del cuestionario de diciembre 2011, en ambos sexos. Los juegos activos (correr, saltar, ir a la plaza, etc.), por su parte,

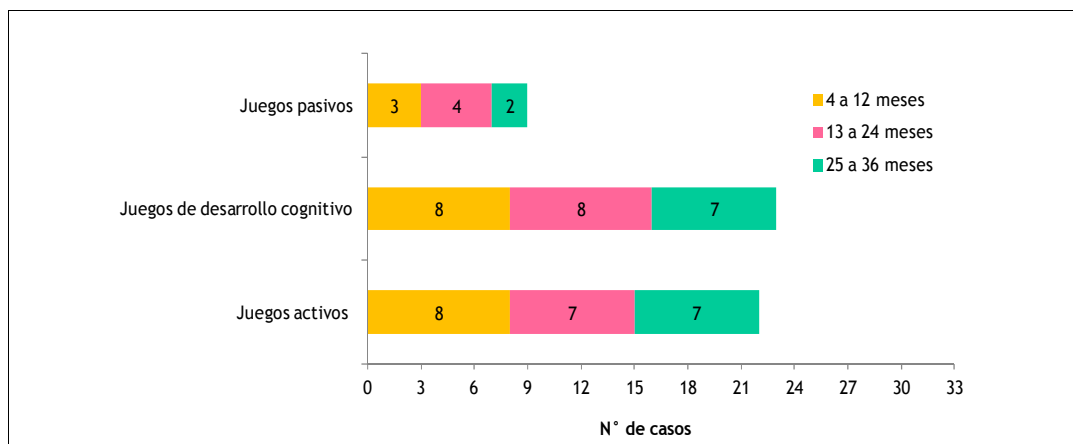
disminuyen proporcionalmente tanto en las niñas (3 casos) como en los niños (2 casos).

Gráfico N°57: Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora. (Número de casos, según edad del menor, marzo 2011)



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

Gráfico N°58: Tipo de juegos que al menor le gusta hacer con la madre o cuidadora (Número de casos, según edad del menor, diciembre 2011)

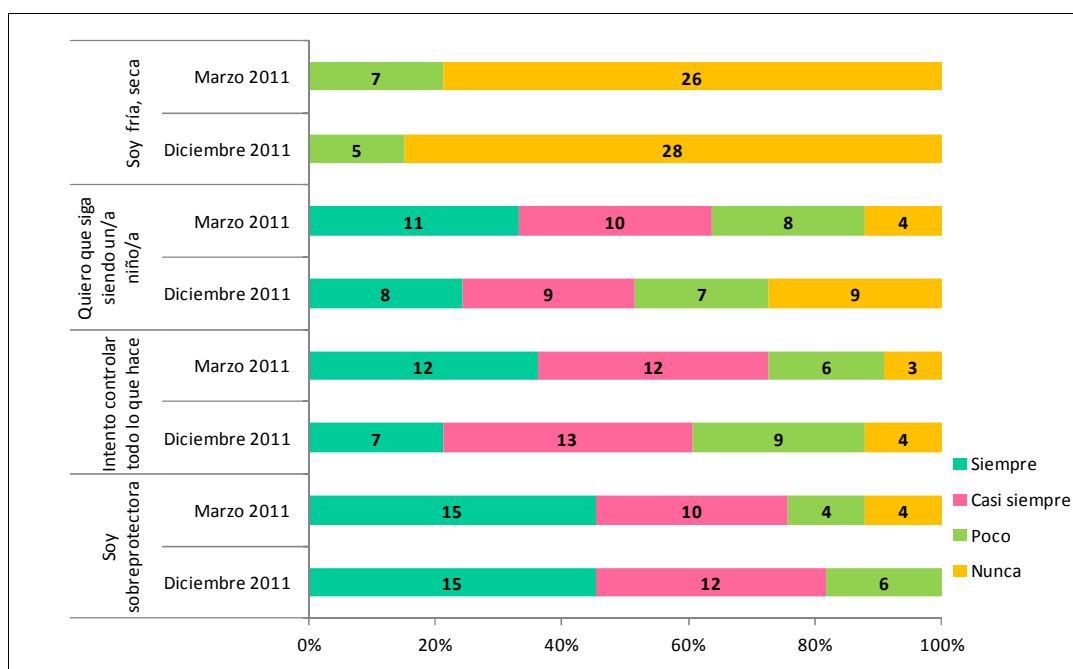


Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre de 2011. Pregunta de respuesta múltiple, puede escoger sin límite de alternativas.

Como observamos en los gráficos n° 57 y 58, los juegos de desarrollo cognitivo aumentan en todas las edades, sobre todo en los más pequeños que en el momento de pasar el segundo cuestionario, se encuentran 9 meses más grandes.

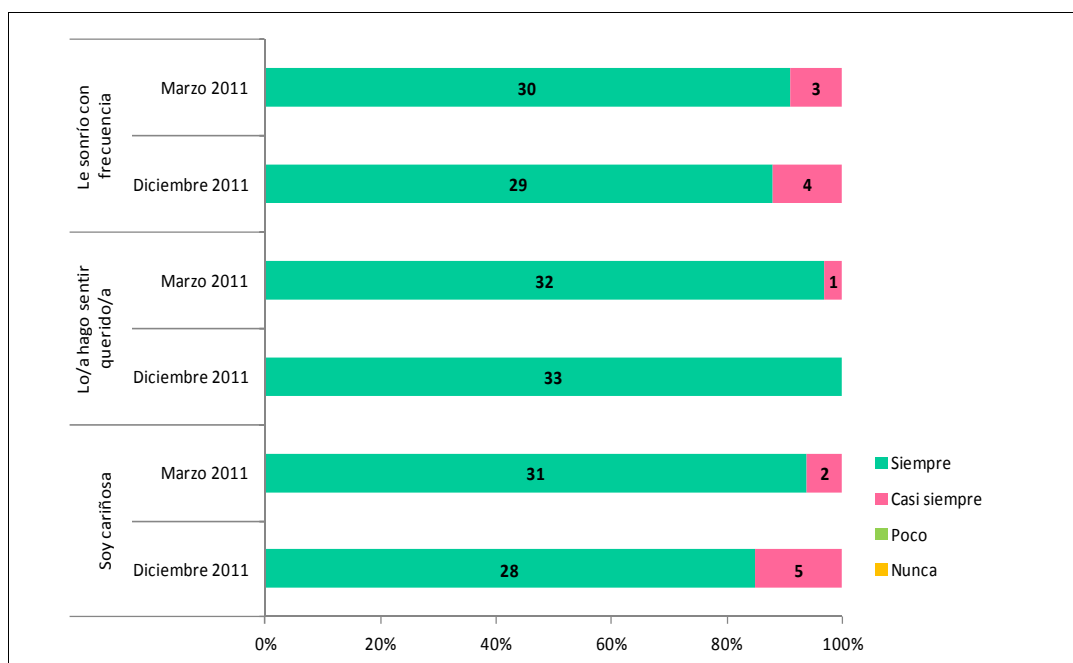
En los siguientes gráficos n° 59 al n° 62 podemos ver los números de respuestas a las preguntas n°80 a la n°93 de este ítem, que apuntan a describir conductas positivas y negativas en la relación con el niño al inicio y al final del programa.

Gráfico N°59: Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a



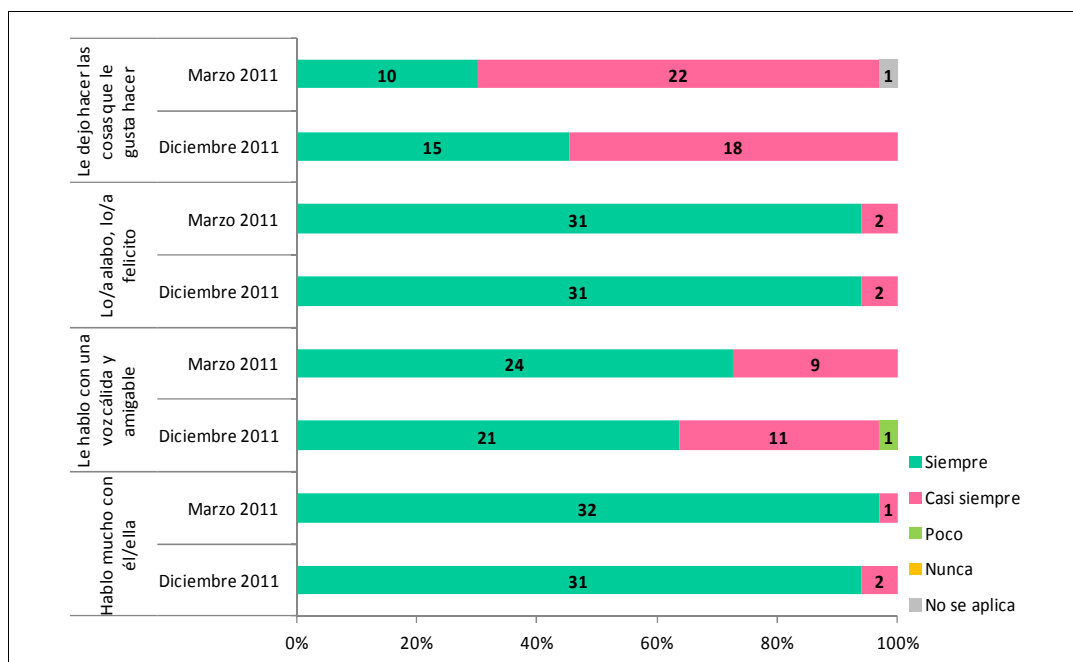
Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Gráfico N°60: Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a



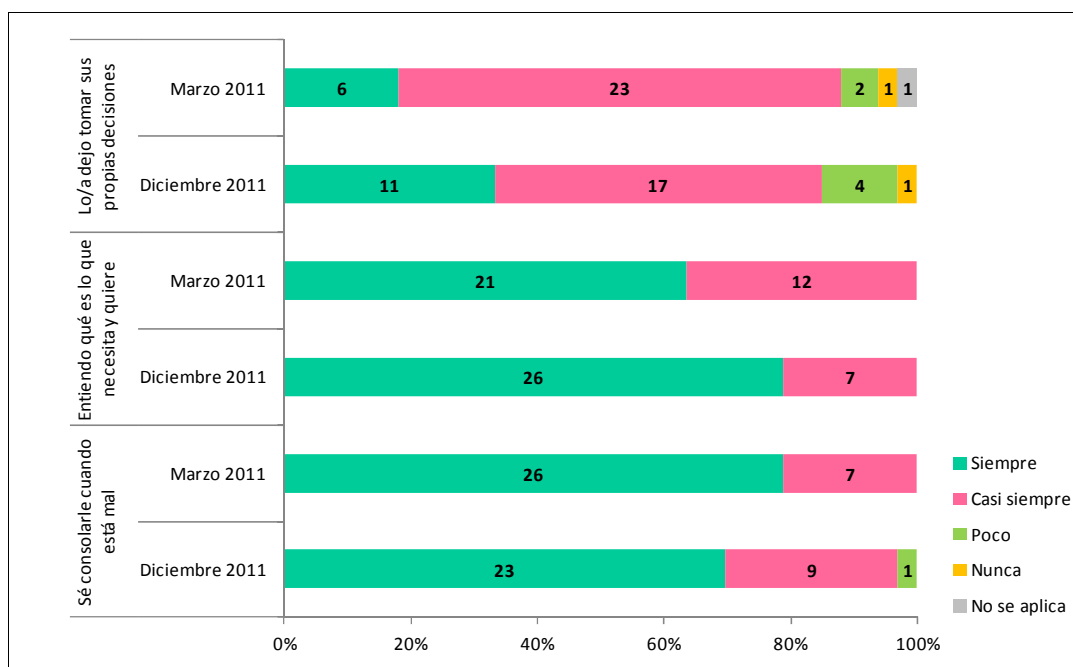
Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Gráfico N°61: Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Gráfico N°62: Frase que mejor describe la relación que tiene con el niño/a



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, marzo y diciembre de 2011

Respecto a los gráficos n° 59, 60, 61 y 62, es interesante destacar la disminución de aspectos negativos de la relación, es decir, que pasan de “siempre o casi siempre” a “poco o nunca”):

- No quiero que crezca, quiero que siga siendo un/a niño/a.; pasa de 21 a 17 (4 casos)
- Intento controlar todo lo que hace; pasa de 24 a 20 (4 casos)
- Soy sobreprotector/a con él/ella, pasa de 25 a 23 (2 casos)
- Soy fría/o, seca/o con mi hijo/a, se mantiene porque ninguna dice ser fría con el niño/a

En cuanto al aumento de aspectos positivos de la relación, es decir, que pasan de” poco o nunca” a “siempre o casi siempre”, podemos destacar tan sólo un caso:

- Le hablo con una voz cálida y amigable, pasa de 32 a 33 (1 caso)

En cuanto aspectos positivos cuya frecuencia disminuye: es decir, pasan de “siempre o casi siempre” a “poco o nunca”, podemos destacar tan sólo estas conductas:

- Sé consolarle cuando está mal, pasa de 33 a 32 (1 caso)
- Lo dejo tomar sus propias decisiones, pasa de 29 a 28 (1 caso)

Al hacer el cruce entre ambas variables, vemos que 20 mujeres no disminuyen el número de actitudes o acciones que son más negativas de cara al desarrollo de los niños y que no aumentan el número de actitudes positivas.

Hay 11 mujeres que en diciembre mencionan menos actitudes negativas que en marzo y que, al mismo tiempo, continúan indicando el mismo número de actitudes positivas, esto lo vemos como un factor positivo. Si bien, mantienen las actitudes positivas, disminuyen sus conductas negativas respecto a la relación con el niño.

El caso inverso es el de una mujer que indica el mismo número de aspectos negativos, pero que aumenta el número de aspectos positivos.

En términos ideales, habríamos esperado que a la disminución de actitudes y comportamientos negativos se sumara el aumento de los positivos. Pues bien, esta situación se da en el caso de una mujer.

En la siguiente tabla pueden observarse estos resultados:

Tabla de contingencia Disminuyen aspectos negativos de la relación
*** Aumentan aspectos positivos de la relación**

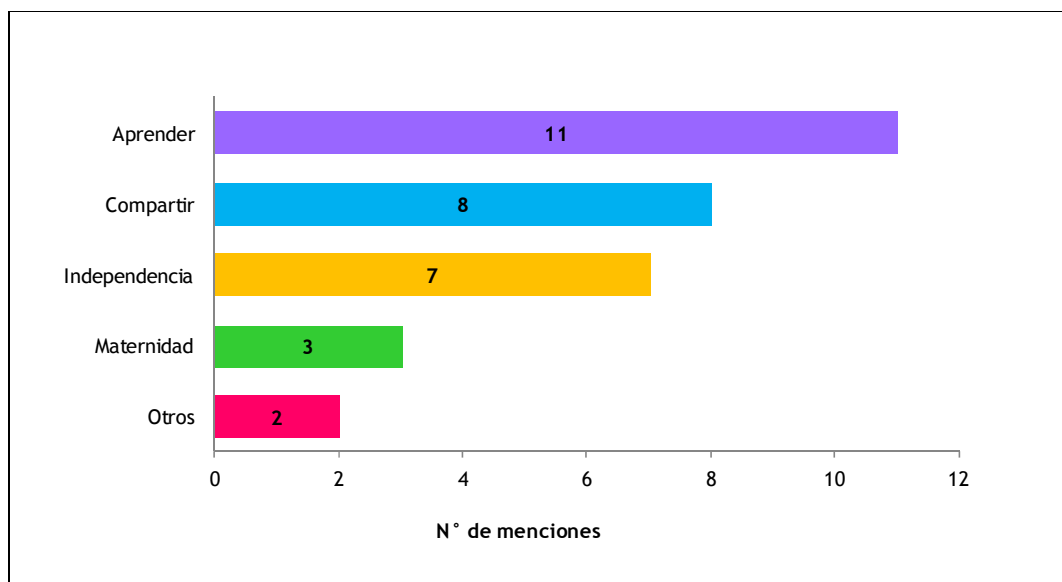
Recuento

		Aumentan aspectos positivos de la relación		Total
		No	Sí	
Disminuyen aspectos negativos de la relación	No	20	1	21
	Sí	11	1	12
Total		31	2	33

6.3.6 Expectativas de los adultos entrevistados

Frente a la pregunta n° 94 del cuestionario respecto a si se cumplieron las expectativas de las mujeres respecto al taller, lo gráficos n° 63 y n° 64, reflejan las respuestas de la segunda instancia, en diciembre 2011.

Gráfico N°63: Expectativas iniciales: temas mencionados



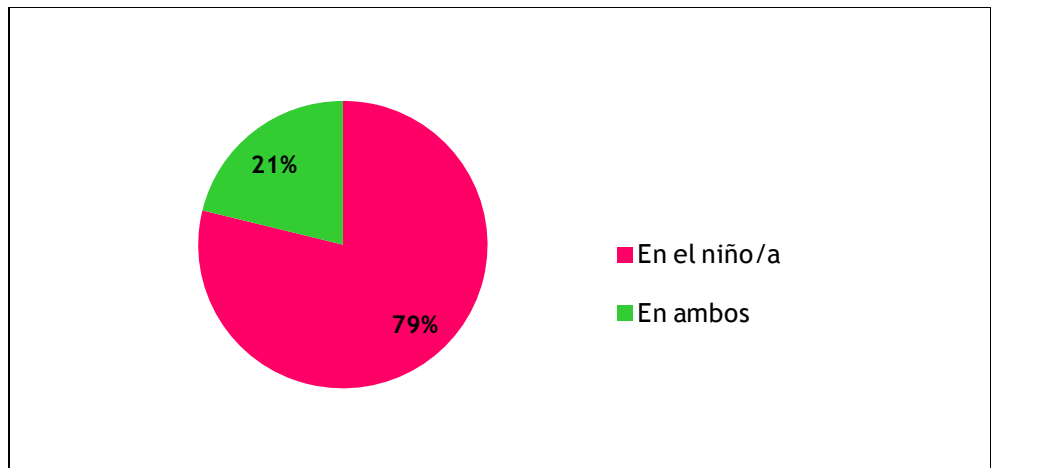
Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre del 2011. Pregunta abierta: ¿Cuáles son su expectativas al participar en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”?

Al igual que en las respuestas del cuestionario inicial en marzo 2011, los tres temas más nombrados, es que al participar de esta experiencia, han ganado en aprendizaje, en compartir con otras madres y sus hijos y en ganar independencia respecto a la relación con sus hijos. Existe, a nivel general, similitud, en el tipo de respuestas de las expectativas iniciales y el cumplimiento de esas expectativas, por lo que deducimos que las mujeres alcanzaron lograr los resultados que se habían propuesto al comenzar el programa en marzo 2011.

En el gráfico n° 64, respecto al cumplimiento de las expectativas, vemos que en esta medición de diciembre, no hay mujeres que piensen que los logros se han centrado en si mismas (como si lo podemos encontrar en la medición de marzo 2011). Por tanto, en diciembre 2011, el gráfico tiene solo dos colores. Un 79% piensa que las expectativas logradas se centran en el beneficio para el niño/a participante del programa y un 21%

piensa que han salido beneficiados ambos (madre-hijo).

Gráfico N°64: Cumplimiento de las expectativas: ¿en quién se centran?



Fuente: Cuestionarios aplicados a participantes del programa “Juguemos con nuestros hijos”, diciembre del 2011 Pregunta abierta: ¿Cuáles son su expectativas al participar en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”?

Al revisar las explicaciones que dieron a esta pregunta, sólo una persona dijo que sus expectativas se cumplieron parcialmente. Todo el resto, coinciden al opinar que aquello que esperaban del taller, se cumplió.

Por una parte, están quienes destacan los efectos positivos en el desarrollo integral del niño (11 casos). En este sentido, sobresale la idea de que los menores pudieron relacionarse con otros y crecer en independencia. Entre los aprendizajes más destacados está el acercamiento al mundo de los cuentos.

Por otra parte, están quienes remarcan los efectos positivos del taller en sí mismas (15 casos). Hay un alto nivel de satisfacción puesto que el taller fue considerado como una instancia de aprendizaje, de encuentro y de establecer lazos con otras mamás que comparten preocupaciones similares. Las reuniones fueron también un espacio para compartir experiencias y darse cuenta que las dificultades que enfrentan, son similares a las de otras madres. Adicionalmente, el taller fue valorado como un espacio para resolver las dudas y recibir orientaciones prácticas que les han permitido adquirir seguridad y mejorar su desempeño en áreas que antes consideraban débiles. Las

siguientes frases, ilustran la positiva evaluación que hicieron:

- *“Los temas nos daban muchas luces para hacer bien la labor en casa”.*
- *“Sirvió para aprender a saber llevarlo, a criar mejor”.*
- *“Aprendí nuevas experiencias, conversar con la psicóloga de pautas, he aprendido mucho”.*
- *“Recibí mucho apoyo. Si no fuera por el taller, no lo hubiese dejado ir a la escuela de lenguaje solo”.*
- *“En algunas cosas uno duda, y te corrigen, te guían. Es una evaluación de una como mamá”.*
- *“Era más aprehensiva aún. Me han ayudado a sobrepasar la sobreprotección de otra manera”.*

Seis participantes evaluaron el taller de manera positiva tanto por los efectos favorables en sus niños, como por su desarrollo como madres o cuidadoras.

6.4 Resumen y análisis de los resultados del cuestionario final (diciembre 2011)

Luego de ver y analizar las tablas y gráficos de los resultados del cuestionario final, podemos destacar los siguientes puntos.

- Los adultos que se mantuvieron en el programa durante todo el año y que por tanto, participaron en ambas instancias del cuestionario, fueron un total de 33 mujeres que viven en la comuna de Puente Alto (Santiago de Chile) y que en su mayoría (88%) el vínculo que los une al menor es ser su madre.

Estas mujeres poseen un buen nivel educacional. El 58% ha tenido 12 años de escolarización, es decir, primaria y secundaria completa y un 33% posee estudios

superiores, ya sea técnico- profesional o bien, universitarios.

Durante la participación en el programa, el 76% de las mujeres se desempeñaba como dueña de casa, con lo cual se deduce que pasan bastantes horas del día con el niño/a que acude al programa.

Por otra parte, la mayoría, son madres jóvenes, un 82% tiene entre 18 y 37 años y tan sólo un 18% son madres y abuelas mayores que tienen 38 años o más. Con esto podemos deducir que la totalidad de las mujeres participantes tienen una edad adecuada para enfrentar la tarea de cuidados y educación del niño/a. Son adultas y conscientes de lo que implica el estar a cargo de un menor.

Otro dato interesante, es que un 76% se encuentra casada o conviviendo con su pareja, con lo que se deduce que la tarea de criar y educar al niño/a, no recae tan sólo en una persona, sino que en dos.

- En cuanto a las respuestas del ítem I: Habilidades de agencia parental, podemos ver los primeros cambios entre las respuestas del cuestionario inicial y el final.

Frente a la pregunta ¿Qué les preocupa respecto a su niño/a? suben notoriamente las opciones: educación y alimentación y en menor grado la salud. Esto lo valoramos como positivo, sobre todo, el hecho de que la Educación se posea como una de las principales preocupaciones de las madres. Esto nos da cuenta de que existe conciencia de que la educación es un valor al cual hay que apoyar e incentivar desde la más temprana infancia.

Al agregar la variable sexo, vemos que las preocupaciones crecen equitativamente en ambos sexos, en los casos de Salud y Educación. La preocupación por la crianza es mayor en las madres de niños varones a diferencia de la Alimentación, que es una preocupación más nombrada por madres y/o cuidadoras de niñas.

En cuanto a esta pregunta, en el cuestionario de diciembre 2011, se extingue la respuesta “sin preocupaciones”, que en marzo había sido la respuesta de 7 mujeres, con lo que deducimos que al participar del programa el adulto se hace más

conscientes de temas en los que hay que estar atentos cuando se refieren a niños de tan corta edad y que no se pueden dejar de atender, como la educación, la alimentación y la salud, por ejemplo.

Por otra parte, al agregar la variable “edad del menor” y comparar los resultados de ambas instancias, la que muestra un interesante crecimiento, es la preocupación por la Educación de las mujeres que llevaban a los niños de los segmentos más pequeños de edad (4- 12 meses), lo que nos hace confirmar que el común de las personas no reconoce que las instancias para “educar”, se encuentran en todas partes: en el diario vivir, en la rutina diaria, en la casa y que no hay que esperar el ingreso a una institución educativa, para empezar a pensar que el niño se “está educando”. Por medio de la participación en este programa, creemos que las madres validan esto como un espacio de educación- formación y se dan cuenta que este es un tema vigente desde los primeros meses de vida.

La alimentación, por su parte; también refleja un interesante incremento, que se entiende por el crecimiento natural de los niños/as participantes en el programa, que comenzaron como lactantes y terminaron el taller comiendo alimentos sólidos. Con lo anteriormente expuesto, este tema toma más fuerza y cierto grado de complejidad: procurar dar dietas equilibradas al menor, combinar bien los grupos alimenticios, procurar que coma las cantidades adecuadas, etc.

Respecto a la comparación de las respuestas de marzo- diciembre 2011 en relación a los grados de cansancio y estrés que ocasiona estar a cargo de un niño/a, vemos que estas connotaciones negativas bajan, sobre todo el “estrés”. Esto lo valoramos como positivo, ya que la participación en este tipo de talleres, para la madre, significa un espacio para liberar la tensión y el apremio que provoca la crianza de un bebé y también nos lleva a suponer que ha adquirido ciertas estrategias y herramientas personales para enfrentar mejor la tarea de educar y criar a su hijo/a.

Frente a la pregunta ¿Cómo se lleva con el niño/a?, en ambas instancias, la mayoría de las respuestas se sitúa en la opción “muy bien” y tan solo 6 personas, tanto en marzo como en diciembre, contestaron “bien”. Ahora, al preguntar el por

qué de su respuesta, la mayoría de las mujeres atribuye esta buena relación a razones de tipo afectiva y de buena comunicación.

Todas las mujeres entrevistadas consideran que son importantes en la educación de su hijo/a y al preguntar ¿Quiénes son los más importantes en la educación del niño/a?, la opción que crece considerablemente en diciembre 2011, es la respuesta: “Los padres son los más importantes”. Aunque la opinión más generalizada es: “Todos somos igual de importantes: padres y escuela”. En los gráficos se puede ver como crece en 6 casos la opinión de que los padres son los más importantes, lo que evidencia que el objetivo que el programa se plantea de *“fortalecer a madres/padres/cuidadores como protagonistas de la promoción del desarrollo sano e integral de sus hijos y como principales agentes educativos”*, se cumple satisfactoriamente. Las madres y/o cuidadoras participantes empoderan su rol en la educación de sus hijos, luego de participar en este tipo de talleres y se refuerza la idea de que la familia cumple un rol esencial en la educación del menor.

Cuando se les pide a las madres evaluar su rol como madres o cuidadoras, las respuestas son casi idénticas en ambas instancias. Las opciones escogidas se mueven entre “buena” y “muy buena” y las justificaciones que dan se relacionan con satisfacer los cuidados básicos del menor (sueño, comida e higiene), entrega de afecto, comprensión de sus necesidades y otorgarles tiempo para jugar.

Cuando se les pregunta sus debilidades en la tarea de ser madre o cuidadora, se repite como la principal dificultad, el manejar las rabietas de los niños y poner límites, pero esto no interfiere en que las entrevistadas, en definitiva, perciban como positivo su desempeño como madres y/o cuidadoras.

- En cuanto a las respuestas del Ítem II: Habilidades asociadas a la relación y conocimiento del niño/a, podemos destacar:

Las mujeres entrevistadas reconocen en los niños características positivas preferentemente, sobre todo el ser alegres, inteligentes y cariñosos. La característica que más gana adeptos en el cuestionario final es la “inteligencia”, que se incrementa con 6 puntos.

Al comparar la cantidad de características buenas que las mujeres ven en los niños, los gráficos reflejan que en diciembre 2011, el 58% de los adultos a cargo del menor, ven tres características positivas en su niño, a diferencia de marzo, que tan solo un 49% veía tres características positiva en su hijo. Con esto podemos concluir que luego de participar en le programa la conducta de reconocer y destacar características positivas en los niños, se incrementa casi en un 10%.

En cuanto al reconocimiento de las necesidades del menor, en diciembre 2011, crece la respuesta que señala que el niño utiliza el lenguaje para expresar sus necesidades (Opción “me los dice hablando”). Esto era de esperar, pues los niños participantes del programa, están 9 meses más grandes y con un lenguaje más completo y desarrollado. Cabe destacar, que el adulto percibe este cambio y denota en su respuesta que el niño ha adquirido mayor lenguaje para expresarse y comunicarse mejor con él.

Frente a la pregunta ¿A que le gusta jugar al niño/a?, también vemos interesantes cambios. Los 3 juegos más nombrados por las mujeres entrevistadas en diciembre 2011 son “ir a la plaza”, “jugar a la pelota” y “ver cuentos y libros”, sin embrago la práctica que más gana adeptos en el segundo cuestionario de diciembre 2011, es “ver libros y cuentos” , que crece con 12 puntos. Con esto confirmamos que luego de la participación en este programa, crece el interés por la prelectura y el mundo letrado. Los adultos a cargo incorporan esta práctica en su rutina diaria con el menor y esto se refleja en los gustos de los niños. Esto lo vemos positivo y de gran valor, pues el programa señala en su presentación, la importancia que tiene esta área en este grupo de niños: *“El área que presenta un mayor desafío en términos de desarrollo en los niños chilenos es el lenguaje. Al analizar las estadísticas de las evaluaciones del desarrollo de niños realizadas a los 18 meses y a los 4 años en los Centros de Salud de Atención Primaria, se observa que la gran mayoría de los niños con rezago o riesgo de rezago en el Desarrollo Psicomotor, presentan consistentemente rezago en el área del lenguaje.*

En menor grado, vemos un aumento de 4 puntos en los juegos de tipo pasivo: jugar al computador o ver TV. Esto lo valoramos como negativo, sobre todo porque

a estas edades, la exposición a este tipo de acciones, es absolutamente innecesaria y podrían afectar el desarrollo de sus habilidades comunicacionales.

Frente a las preguntas ¿Para que es bueno su hijo/a? y ¿Qué es lo que le cuesta ser o hacer?, las respuestas abiertas de marzo y diciembre 2011, son similares. Entre los aspectos positivos más nombrados por las mujeres a cargo del menor, se encuentran los relacionados con su personalidad: ser sociables, cariñosos, inteligentes y obedientes. También se valora mucho el hábito de comer bien.

Entre los aspectos negativos se nombran con más frecuencia, en ambas instancias, los problemas de conducta y desobediencia. La dificultad de conciliar el sueño, es nombrada en el caso de los niños menores de 12 meses.

- En cuanto a la respuesta del Ítem III: Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo, podemos concluir que:

La mayoría de las mujeres reconocen necesitar ayuda para educar a sus hijos y esperan recibir esa ayuda principalmente de la familia. En menor grado, pero en números considerables, la esperan recibir del colegio y del consultorio médico. Nos llama la atención, cómo, luego de participar en el programa, se empodera “la familia” como principal espacio de educación y como, a su vez, se valida al consultorio médico como un nuevo espacio para educarse, y no tan solo para tratar temas de enfermedad. Quienes más esperan recibir el apoyo de la familia son las mujeres que se encuentran desempeñando el rol de dueñas de casa.

En cuanto a los temas en que les gustaría recibir preparación, en diciembre 2011, hay un notorio aumento en la opción “manejo del comportamiento” lo cual denota una preocupación por parte de las mujeres en manejar mejor a los menores, sobre todo ahora que son más grandes, han crecido y demandan más autonomía e independencia. El tema de “prevención de accidentes también tiene un aumento considerable entre marzo y diciembre 2011, de 5 puntos. Esto se puede deber a que los niños, al crecer, ganan en desarrollo motor grueso, se mueven con más independencia y están más expuestos a los peligros de caídas de escalera, golpes con puntas de muebles, etc.

Ambas preocupaciones, es decir, manejo de conducta y accidentes en el hogar, aumentan en diciembre 2011, en los segmentos de edades de los niños medios y mayores: entre 13 y 36 meses.

Respecto a las principales preocupaciones de los adultos entrevistados, vemos como crece notoriamente en diciembre 2011, la opción “Educar a mis hijos”. Esta respuesta en marzo 2011 fue escogida por el 37% de las mujeres participantes y en diciembre 2011 sube a un 52%. Nuevamente confirmamos, como el tema de la familia y la educación, toma más fuerza al finalizar el programa.

- En cuanto a las respuestas del Ítem IV del cuestionario: Habilidades educativas, podemos destacar:

Frente a la pregunta ¿Cómo considera la labor de ser madre o cuidadora? , vemos pequeños cambios entre las respuesta de marzo 2011 y diciembre 2011. La opción de “regular” se mantiene con 13 respuestas en ambas instancias. La opción difícil desciende 3 puntos, lo cual lo evaluamos como positivo, ya que hay 3 mujeres que antes consideraban que la labor de ser madre o cuidadora era difícil y ahora se han trasladado a la opción regular o fácil. La opción “Fácil”, por su parte, aumenta 4 puntos, lo cual también nos satisface, ya que podemos deducir que la participación de estas mujeres en el programa, les ha dado herramientas para enfrentar mejor la labor de ser madre y/o cuidadora.

Respecto a las expectativas que tienen para su hijo/a, vemos que la respuesta “Que sea feliz” es la preferida tanto en marzo como en diciembre 2011. La respuesta que crece considerablemente en diciembre 2011 (6 puntos), es “que crezca sano”, lo que nos hace pensar que como el programa se desarrolla en un centro de salud familiar y que en el equipo ejecutor del taller hay médicos de familia involucrados, el tema de la salud del niño, se hace más presente y cotidiano.

Las mujeres entrevistadas consideran que la felicidad es algo fundamental en la vida y la base de la realización personal. Ellas opinan que “Si se es feliz con lo que uno es, se estará bien en todos los ámbitos”.

Respecto al tema del juego, todas las mujeres entrevistadas dicen que juegan con su niño/a y que los tipos de juegos más nombrados en diciembre 2011 son “ir a la plaza”, “ver cuentos y libros” y “jugar a la pelota”, a diferencia de marzo 2011 que los mas nombrados fueron: “Otros”, “Jugar a la pelota”, “ir a la plaza” y “dibujar”. De estas respuestas, destacamos como crece la práctica de juegos de motricidad gruesa, como ir a la plaza y jugar a la pelota y como aumenta la práctica de ver y leer libros de cuentos. Esto último, lo evaluamos positivamente, ya que entre los objetivos del programa esta hacer hincapié en el desarrollo del lenguaje y los libros son la fuente que nos ayuda a incrementar este ámbito del desarrollo humano.

En cuanto a las preferencias de juego según la variable sexo, vemos que en el cuestionario de diciembre 2011, los juegos que clasificamos de “desarrollo cognitivo” (leer cuentos, dibujar y pintar) crecen, tanto en niños como en niñas, seguido de los juegos activos como “Ir a la plaza”, “Pillarse” y “correr”.

En cuanto a las frases que mejor describían la relación que tiene el adulto con el niño (gráficos nº 59, 60, 61 y 62) es interesante destacar la disminución de aspectos negativos, es decir prácticas negativas que pasan de “siempre” o “casi siempre” a “poco” o “nunca”.

Las conductas u opiniones de los adultos que bajan en diciembre del 2011 son:

- “No quiero crezca, quiero que siga siendo un niño/a”
- “Intento controlar todo lo que hace”
- “Soy sobreprotectora con él/ella”

En cuanto al aumento de aspectos positivos, es decir, que pasen de “poco o nunca” a siempre o casi siempre, tan sólo hay un caso. En términos ideales hubiésemos esperado que a la disminución de aspectos negativos se hubiesen sumado un aumento a los comportamientos positivos, pero esto fue el caso de tan solo una mujer.

En definitiva, evaluamos como positivo que en diciembre 2011, 11 mujeres

mantuvieran el mismo número de actitudes positivas que en marzo 2011, pero hayan disminuido las actitudes negativas.

Con esto, podemos decir que un 33% de las mujeres participantes del programa, mantienen los aspectos positivos en la relación con el niño y disminuyen las actitudes negativas que perjudican la relación entre ambos.

Respecto al cumplimiento de las expectativas en diciembre 2011, en relación a las que las mujeres se habían planteado en marzo 2011, vemos que los temas nombrados son similares en ambas fechas, en los que se destaca: reconocer que han ganado en aprendizaje sobre el desarrollo del niño, han podido compartir con otras madres y sus hijos con otros niños y han ganado en independencia.

Una diferencia respecto a marzo 2011, es que los logros obtenidos se centran, según las mujeres entrevistadas, en un 79%, en beneficios para el niño/a y un 21% opina que los beneficios de participar en el programa, han repercutido en ambos. Ninguna mujer opina que los beneficios se han centrado sólo en sí misma, como si se puede observar en las respuestas de marzo 2011.

En resumen, las expectativas se cumplen a nivel general, destacando efectos positivos en el desarrollo integral del niño y en el crecimiento personal por parte de las mujeres participantes, ya que consideraron el taller como un espacio de aprendizaje y de encuentro con otras madres. La participación en el Programa “Juguemos con nuestros hijos” fue una instancia para resolver dudas y recibir orientaciones prácticas que les ha permitido adquirir seguridad y mejorar su desempeño como madre o cuidadora.

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS, CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

1. VALIDACIÓN DE LA HIPÓTESIS FORMULADA

Para validar este punto, es necesario recordar nuestra hipótesis inicial, que señala:

La participación directa de padres en programas de AT incide en el desarrollo de las habilidades parentales relacionadas con: el rol y desempeño de ser padres, habilidades asociadas a la relación y conocimiento del hijo/a, habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo y habilidades educativas, afrontando así, la tarea de educar y criar, de un modo más positivo y seguro de sí mismos.

Si la hipótesis, la desglosamos por partes, necesitamos comprobar si la participación en este programa, ha incidido en las mujeres participantes, produciendo cambios en el desarrollo de habilidades parentales relacionadas con:

- Rol y desempeño de ser padres (denominado Agencia Parental)
- Relación y conocimiento del hijo/a
- Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo
- Habilidades educativas

Además comprobaremos, si al finalizar el programa, enfrentan la tarea de educar y criar a sus hijos, de un modo más positivo y seguro de sí mismas.

A continuación analizaremos, si la participación en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”, ha incidido en las 33 mujeres entrevistadas, comparando las respuestas de marzo 2011 y diciembre 2011, en cada ítem.

1.1. Habilidades de Agencia Parental: Rol y desempeño de ser padres

En este ítem hay preguntas donde las mujeres mantienen sus respuestas en marzo y en diciembre 2011 y otras donde se ven cambios positivos en las respuestas de diciembre 2011. En este ámbito podemos destacar:

- Crece la preocupación por la EDUCACIÓN del menor y por su ALIMENTACIÓN.
- Se mantiene la apreciación de las mujeres de llevarse bien” y “muy bien” con el menor a cargo.
- Se mantiene la percepción de sentirse importantes en la Educación del niño/a.
- Crece significativamente la opinión de que “los padres son los más importantes en la educación de sus hijos”, lo cual lo evaluamos como positivo ya que los padres son los agentes educativos más directos e influyentes en la primera infancia de un niño/a.
- No hay cambios significativos en cuanto a la evaluación del propio desempeño del adulto. Se mantienen las respuestas de un desempeño “bueno” y “muy bueno” de manera casi idéntica en ambas instancias.
- A nivel general en el ítem I, referido a las Habilidades de Agencia Parental, podemos corroborar lo dicho en la hipótesis, ya que la participación de las mujeres en el Programa, SI incide en sus opiniones y conductas de un modo positivo, sobre todo en dos aspectos: Crece la preocupación por la Educación y la idea de que los padres son los más importantes en la educación de sus hijos. Por otra parte, las mujeres mantienen la idea de llevarse “bien” y “muy bien” con los niños/as y que su desempeño es entre “bueno” y “muy bueno”, lo cual también evaluamos como positivo, pues esta buena percepción en cuanto a la relación y el desempeño, se mantuvo durante la duración total del programa.

1.2. Habilidades de relación y conocimiento del niño

En este ítem, al igual que en el anterior, hay respuestas que cambian para positivo, otras que se mantienen con respuestas similares en ambas ocasiones y un aspecto que lo evaluamos como negativo. A continuación detallamos:

- En el cuestionario final, crece la cantidad de características positivas que el adulto reconoce en el menor, lo cual evaluamos como algo muy bueno, ya que aumenta la capacidad del adulto de ver primero lo positivo del niño y después lo negativo.
- Las mujeres participantes reconocen las necesidades del niño y perciben los cambios en cuanto al modo en que el menor los manifiesta. Esto también lo evaluamos como positivo, pues significa que el adulto a cargo del niño, ha detectado y se ha adaptado a los cambios sufridos por el menor.
- En el cuestionario final se ven cambios significativos en las preferencias de los juegos de los niños. Aumenta el gusto por la lectura de los cuentos, lo cual evaluamos como positivo, ya que es un modo de desarrollar el lenguaje y el área cognitiva. Por otra parte, evaluamos como negativo que haya aumentado entre los juegos, las actividades de tipo: ver TV o jugar en el ordenador, ya que no son juegos apropiados para niños tan pequeños.

En cuanto a la percepción del adulto sobre lo que hace bien y mal el niño, no existen cambios considerables. Las respuestas se mantienen. Entre los aspectos positivos más nombrados por las mujeres a cargo del menor, se encuentran los relacionados con su personalidad: ser sociables, cariñosos, inteligentes y obedientes. También se valora mucho el hábito de comer bien.

Entre los aspectos negativos que se nombran con más frecuencia, en ambas instancias, son los relacionados con problemas de conducta y desobediencia.

- Por lo tanto, a nivel general, en el ítem II, podemos corroborar lo expuesto en la hipótesis, ya que la participación de las mujeres en el programa SI incide y positivamente, en el desarrollo de habilidades parentales referidas a la relación conocimiento del niño. Las mujeres reconocen mayor cantidad de cualidades en sus

niños. Son capaces de constatar los cambios en el modo de comunicar que tiene el niño, a medida que va creciendo y también, al finalizar el programa, han incorporado nuevos hábitos de juego como el ver y leer cuentos, que en un inicio aparecían con menor frecuencia.

1.3. Habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo

En este ítem, a diferencia de los anteriores, los cambios detectados entre las respuestas de marzo 2011 y diciembre 2011, son más notorios. A continuación destacamos:

- En las respuestas de diciembre 2011 hay un aumento en la opción de que SI se necesita ayuda para educar a los hijos. Esto lo evaluamos como positivo, ya que la labor de ser padres es una tarea difícil que requiere de búsqueda de apoyo y redes de contención. Si bien, los padres son los más importantes, es vital que ellos desarrollen la habilidad de buscar y pedir ayuda para llevar esta tarea de la mejor manera posible.
- Crece la idea de que es la FAMILIA (nuclear y extensiva), la primera que debe otorgar apoyo y ayuda necesaria en la educación de un menor. Esto lo valoramos positivamente, pues la familia es la figura que tiene la responsabilidad de apoyar a sus miembros y de velar por el buen desarrollo del recién nacido hasta que alcance la madurez.
- En el cuestionario de diciembre 2011 se ven cambios respecto a los temas que a las mujeres les gustaría que se les capacitara. Aumenta la necesidad de formarse en torno al manejo de la conducta: poner límites y procurar el buen comportamiento, lo cual es absolutamente comprensible si caemos en la cuenta que los niños han crecido 9 meses, van dejando de ser bebés y se van haciendo más autónomos y obstinados, propio de su etapa de desarrollo. Positivo nos parece que las mujeres se hagan conscientes de este cambio y vean con claridad en que temas necesitan ayuda para abordar mejor la relación con el menor.

- En cuanto a las preocupaciones personales, crece la opción de “educar a los hijos” como principal preocupación. Con esto corroboramos la idea de que el tema EDUCACION, se empodera entre los adultos participantes del Programa.
- Por lo tanto, a nivel general en el ítem III, se presentan solo cambios positivos que nos llevan a corroborar lo planteado en la hipótesis. La participación de las mujeres en este Programa SI incide y positivamente en el desarrollo de habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo. Las mujeres participantes reconocen necesitar ayuda para educar a sus niños. Esa ayuda, la esperan recibir de parte de la familia. Reconocen con claridad los temas en que les gustaría formarse, los cuales van acorde con el desarrollo evolutivo del niño y se empodera la idea de que la Educación es un aspecto fundamental en la vida del menor y una responsabilidad del adulto a cargo, entregarla.

1.4. Habilidades Educativas

En este ítem, detectamos cambios positivos en mayor y menor grado. Nos hubiese dejado más conformes haber podido confirmar mayores cambios, en cuanto al logro de conductas positivas por parte del adulto hacia al niño. Sin embargo no hay aumento de conductas negativas, lo cual nos deja tranquilos y conformes. A continuación detallamos los aspectos principales:

- Evaluamos positivo que en diciembre 2011, frente a la pregunta ¿Cómo considera usted a la labor de ser madre?, la respuesta “Difícil” haya disminuido 3 puntos y la opción “fácil” haya aumentado 4 puntos. Nos deja conformes, que para al menos, 3 mujeres, la participación en el programa les ha servido para percibir esta labor de un modo más fácil y positivo.
- En cuanto a las expectativas que tienen sobre sus hijos, tanto en marzo como en diciembre, la mayoría espera “que sea feliz”, situando la felicidad como base de muchos logros en la vida.

- En cuanto a los juegos que practican con los menores, vemos que crece la opción de “ver cuentos” y la opción de “ir a la plaza”. Esto lo evaluamos como positivo, ya que el ver cuentos, esta relacionado con el desarrollo del lenguaje e ir a la plaza, da la oportunidad para que el menor desarrolle la motricidad gruesa y la socialización. Ambos tipos de juego, es bueno que aumenten en esta etapa del desarrollo del niño.
- En cuanto a las preguntas que apuntan a la relación adulto-niño, disminuyen las conductas negativas y hay muy poco aumento de las conductas positivas. Es decir, se mantienen las conductas positivas y bajan las conductas negativas. Habríamos esperado que aumentaran las conductas positivas, pero quedamos conformes, al menos, con la disminución de las conductas negativas.
- Por lo tanto, a nivel general en el ítem IV, podemos decir que la participación en el programa SI incide y positivamente en el desarrollo de habilidades educativas, esto se refleja en: un leve aumento de la percepción positivo en la labor de ser madre o cuidadora, aumentan los juegos que realizan con los niños que desarrollan el ámbito cognitivo y motor grueso, se mantiene el deseo de que sus hijos “sean felices en la vida” y aunque no aumenten la práctica de conductas positivas, al menos, si disminuyen las negativas.

1.5. Expectativas cumplidas

Los temas nombrados en marzo 2011 y en diciembre 2011 son similares. Las 33 mujeres participantes reconocen que han ganado en conocimientos sobre el desarrollo del niño, han podido compartir con otras madres y sus hijos con otros niños y han ganado en independencia.

En definitiva, las expectativas se cumplen a nivel general, destacando efectos positivos en el desarrollo integral del niño y el crecimiento personal por parte de las mujeres participantes. Todas consideraron el taller como un espacio de aprendizaje y de encuentro con otras madres. Fue una instancia para resolver dudas y recibir orientaciones prácticas que les ha permitido adquirir seguridad y mejorar su desempeño

como madre o cuidadora.

2. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DERIVADAS DEL ESTUDIO

Una vez finalizada la investigación podemos hablar de una serie de conclusiones obtenidas tras el proceso de revisión bibliográfica y de creación y aplicación del cuestionario que elaboramos para tal fin:

2.1 **Conclusión general respecto al Programa “Juguemos con nuestros hijos”**

Analizando todos los puntos anteriormente expuestos, podemos confirmar nuestra hipótesis: La participación directa de padres en programas de AT **SI** incide y **positivamente** en el desarrollo de las habilidades parentales relacionadas con: el rol y desempeño de ser padres, habilidades asociadas a la relación y conocimiento del hijo/a, habilidades de autonomía personal y búsqueda de apoyo y habilidades educativas, afrontando así, la tarea de educar y criar, de un modo más positivo y seguro de sí mismos.

En menor o mayor grado, hay cambios positivos en las distintas habilidades parentales evaluadas. No se presentan retrocesos o adquisición de hábitos negativos, sino mantención de las buenas conductas y costumbres además de la adquisición y refuerzo de habilidades parentales positivas.

Finalizada esta investigación, quedamos conformes con los resultados obtenidos. Aunque hubiésemos esperado cambios más radicales, no debemos olvidar que el grupo participante, desde un inicio, estaba bien posesionado. Con esto quiero decir, que a pesar de su situación vulnerable y de riesgo social, las 33 mujeres que participaron en la totalidad del programa, presentaban un buen nivel educacional, manifestaban interés por educar mejor a sus hijos, presentaban buenas costumbres, conductas y hábitos en relación a la crianza, con lo cual traían una buena base por si solas. El programa, por su

parte, les ayudo a reforzar las buenas prácticas y a adquirir nuevas conductas y posturas sobre todo en función a la importancia de la educación de los menores y la responsabilidad de los padres frente a este tema. Además las mujeres incorporaron nuevos y buenos hábitos de juego (aumento en el hábito de la lectura, por ejemplo) y pudieron descubrir una instancia de apoyo y crecimiento personal desde el sector salud.

Un punto a considerar en próximas investigaciones tiene que ver con conocer los motivos de deserción de los participantes. En el cuestionario inicial, aplicado en marzo-abril 2011, participaron un total de 45 mujeres. En el cuestionario final, aplicado en diciembre 2011, participaron 33 mujeres. Esto quiere decir que un 27% de la población que participó inicialmente, desertó en el transcurso del año. Hubiese sido interesante conocer las razones más a fondo de las 12 mujeres desertoras del programa. Sus opiniones nos hubieran servido para considerar futuras mejoras en función del trabajo que se realiza con los niños y con los adultos asistentes. Lamentablemente, en esta ocasión, perdimos el contacto con aquellas mujeres y no supimos con certeza los motivos de su retirada.

2.2 Conclusiones generales de la investigación

En función de los objetivos planteados y de la bibliografía investigada, podemos confirmar que el tema de la primera infancia y la Atención Temprana es un tema de actualidad y preocupación en el mundo entero. Más tempranamente en España que en Chile, vemos como ha ido evolucionando este concepto y como el tema de la primera infancia, la familia, la influencia del ambiente, la prevención, etc., se van relacionando unos con otros en el momento de abordar el tema de la Atención temprana de manera global e integrada.

Luego de finalizar esta investigación podemos concluir en líneas generales que:

- Las actuales investigaciones y los últimos modelos basados en la antropología de línea ecologista y transaccional han resaltado el valor de la familia y la influencia del entorno en el desarrollo del niño. Las investigaciones en el campo de la Atención Temprana han puesto de manifiesto que en los primeros años de vida no

es tan necesario el simple entrenamientos de aprendizajes, sino que hay que tener en cuenta otros aspectos de gran importancia como lo es el ajuste familiar, el apoyo social a la familia, el bienestar personal y familiar, el estrés de los padres, los patrones de interacción, el diseño del ambiente físico, los aspectos relacionados con la salud del niño, etc. Es así, como confirmamos, lo asertivo y oportuno que es la implementación de programas de intervención temprana con participación de padres. No sólo nos aseguramos la evolución y bienestar de los niños, sino que también, generamos un espacio positivo para que los padres desarrollen sus habilidades parentales.

- El apoyo que se le brinde a la familia, como célula fundamental de la sociedad, es de gran relevancia en el campo de la Atención Temprana. La familia debe recibir ayuda para ajustarse a la situación de tener un niño con discapacidad o posibilidad de padecerla, se les debe proporcionar el apoyo necesario para educar al niño, evitando desde los primeros momentos, que los padres desarrollen relaciones negativas con su hijo y mejorar así, los patrones de interacción padre- hijo. Esta intervención debe ocurrir lo más tempranamente posible, tanto para prevenir, compensar o mejorar las limitaciones que presente el niño.
- La familia tiene necesidad de ayuda y la sociedad le debe dar las mejores condiciones, sobre todo si se la considera célula principal y la responsable de la educación de los hijos. Mientras más temprano intervengamos en la estimulación del niño/a y más temprano se de el apoyo a la familia, estamos haciendo un trabajo preventivo que significará bienestar para las familia y ahorro para la sociedad y el estado.
- El tema de la familia fue, es y será una cuestión de actualidad. Sin lugar a dudas es la institución social más significativa en la formación de la persona y uno de los pilares fundamentales de la sociedad. De una forma o de otra, y con un carácter general, la familia sigue desempeñando un significativo papel en todas las sociedades. A pesar de los cambios y las diferencias culturales, continúa siendo la institución mas valorada en todo el mundo, y hace gala de una relevante capacidad de adaptación ante todo tipo de nuevas tendencias. Invertir en la familia jamás será

un gasto en vano y cuando hablamos de intervenir en educación y familia es la inversión más asertiva que un estado puede realizar para sus ciudadanos.

- La protección de los grupos más vulnerables, independiente de cual sea la causa de esa situación de vulnerabilidad: la edad, la deficiencia, la enfermedad, la carencia de recursos, da la medida de la capacidad que una sociedad tiene para responder a la necesidad de todos y, por lo tanto, constituye el mejor indicador de su grado de civilización y progreso social. El desafío es “construir una sociedad más accesible” (Diputación Foral de Alaba, 2003, En pie de la Igualdad: manifiesto por una sociedad más accesible). Una sociedad es accesible cuando quienes viven en ella tienen la posibilidad real de vivir y participar a su manera, de relacionarse y acceder a los servicios, todo ello en condiciones de igualdad con el resto de la ciudadanía. Es una sociedad que no discrimina a las personas por ninguna razón ni por motivos económicos, ni por motivos sociales ni motivos personales, que sume la diversidad de todos sus ciudadanos que la integran y que respeta y hace respetar sus diferencias.
- La participación de la familia en educación del niño es algo imprescindible, y hacerlo mediante un programa de formación para padres, requiere establecer un plan pactado entre el profesional y la familia, a través de la escucha y la recogida de información y planificación conjunta, pues sólo así, daremos respuesta a sus necesidades personales y demandas específicas. Cada familia es única (trabajo fuera del hogar, disponibilidad, capacidad, clima familiar, recursos y apoyo, etc.), por ello hay que intentar adaptar de forma individualizada el programa a las necesidades y demandas de la misma.
- Esta investigación permite confirmar lo positivo que puede resultar la participación directa de los padres en programas de AT. En ambas instancias (marzo y diciembre), los resultados señalan una evolución en el desarrollo de los niños/as participantes, pero también, un alto nivel de satisfacción y seguridad por parte de las madres de éstos.
- Es importante fomentar programas para educar a los padres y a los futuros padres sobre las diferencias individuales y el desarrollo temprano. Entregar estos

conocimientos supondría un gran avance en la prevención de modelos inadaptados y ayudaría a que cada niño/a se adaptara positivamente a la interacción y al aprendizaje.

- Los profesionales relacionados con la AT tiene el deber de ofrecer la información y los modelos necesarios para que los padres conozcan y favorezcan el desarrollo de los bebés. Esta es una labor crucial en el camino hacia el éxito del sistema familiar.
- En el ámbito del riesgo socio-ambiental, realidad en que se desarrolla el programa chileno “Juguemos con nuestros hijos”, parece ser, que la mejor forma de contrarrestar el problema, es mediante una intervención doble, proporcionando al niño un ambiente estimulante y educando a la familia para que ésta ayude a sus hijos en su desarrollo. Los pocos datos que se disponen al respecto, parecen confirmar la idea de que las actividades tempranas con esta población, pueden llegar a ser una cierta vacuna contra el fracaso escolar posterior.
- Si bien es cierto que los programas de AT son básicos y claves en los casos de niños con alteraciones y minusvalías documentadas, no se puede olvidar que en niños con alto riesgo social (entendiendo por ello situaciones sociales negativas que pueden afectar igualmente su desarrollo), la detección precoz e intervención sobre los factores desencadenantes, es fundamental para impedir que se produzcan deficiencias. La AT ejerce una labor importantísima de prevención de posibles deficiencias y de retrasos en el desarrollo del niño.
- El valor del trabajo preventivo que realiza este tipo de programas, es muy asertivo, pues se trabaja a dos bandos: por un lado niños/as en edad clave de su desarrollo y por otro, los padres. En el caso de hacer una intervención de este tipo, en poblaciones de riesgo, sobre todo socio ambiental, el trabajo preventivo multiplica su importancia pues las carencias por las que pasa un niño que crece en situación de riesgo social, se ponen en evidencia durante la escolarización, cuando se denotan los primeros “fracasos” en cuanto a calificaciones, o capacidad de comprensión, o concentración para seguir una clase. En este período, es mucho más difícil recuperar funciones cerebrales, que con una atención adecuada en etapas previa de

desarrollo, no se hubieran perdido. Una labor de prevención en todos estos sujetos, evita la aparición de discapacidades y problemas educativos que después son muy difíciles de tratar y erradicar.

- Los padres que participaron en el programa, son padres a los cuales les era difícil considerarse a sí mismos como los principales educadores de sus hijos. Es por esto que los profesionales que dirijan el programa y los encargados de la formación, deben insistir en la creación de estrategias que les ayude a integrar y hacer conscientes sus ideas y capacidades, para luego dedicar tiempo a actividades y procedimientos concretos de formación y capacitación. Todo esto, respetando el modo de vida de las familias y entablando una relación basada en el respeto, la confianza, la escucha y el conocimiento de las vivencias compartidas.
- Al finalizar esta investigación, confirmamos que los padres demuestran necesidad de apoyo y real interés por formarse, les interesa comprender mejor a sus hijos y mejorar la calidad de las interacciones padre- hijo. A través de este trabajo, confirmamos la importancia de fortalecer el rol de los padres como primeros educadores de sus hijos, ayudándolos a que confíen en sí mismos y a que aprendan a pedir ayuda, pues existen una serie de iniciativas y redes de apoyo, a nivel de políticas públicas, que muchas veces, por ignorancia, las familias no hacen uso de ellas.
- Finalmente, como señala Jaime Frenes (1999) “el niño y la niña, no son una especie de semilla que simplemente crece, de acuerdo con un modelo pre- condicionado. Son sujetos activos, que descubren, se adaptan y construyen. Su desarrollo está condicionado de una forma u otra en función de si encuentran en su entorno elementos positivos para esa actividad constructora”. No existe mejor recurso invertido que aquel que se destina a la prevención y protección de la primera infancia.

2.3 Propuestas futuras derivadas de la investigación

Como propuestas y líneas futuras de acción e investigación, proponemos:

- Seguir fomentado programas para educar a los padres y a los futuros padres sobre las diferencias individuales y el desarrollo temprano. Entregar estos conocimientos supone un gran avance en la prevención de modelos inadaptados y ayuda a que cada niño/a se adaptara positivamente a la interacción y al aprendizaje.
- Es importante mantener este tipo de actividades con modalidad de acceso gratuito o de bajo costo para el usuario. Las actividades sociales, el deporte y los actos culturales constituye un pilar fundamental de cualquier programa de acción de lucha contra la exclusión social y procurar que todos puedan acceder a ellos, es parte de la igualdad y la justicia en una sociedad accesible.
- Es importante seguir evaluando constantemente la incidencia que tienen este tipo de programas, tanto en los niños como en los padres. La importancia de realizar una evaluación de calidad y a conciencia es fundamental, pues sólo así, los programas de AT logran validarse ante los ámbitos involucrados: sanitario, social y educacional y se justifica el financiamiento y el aumento de iniciativas de este tipo.
- Es importante también, socializar estas experiencias, para que dejen de ser una excepción dentro de la Atención Temprana, sino más bien, una modalidad donde los padres son igual de importantes que los niños atendidos.
- Sería importante que este programa instaurara un instrumento, ya sea en formato de cuestionario o con otros métodos como observación directa, seguimientos de casos, por ejemplo, para seguir recogiendo los cambios que sufren los adultos participantes del programa. Además, sería muy interesante, realizar estudios

comparativos entre las respuestas de los padres de los distintos centros de salud donde se imparte este Programa.

- Ofrecer a los padres mayor formación en los ámbitos mencionados entre sus respuestas, en especial, los que dicen relación con: los procesos de desarrollo del niño/a y el manejo de la conducta del menor. No podemos olvidar que la familia es el soporte más firme para lograr el mayor éxito en cualquier tipo de intervención.
- Para una futura línea de investigación sería enriquecedor aplicar algún instrumento como la escala HOME (Cadwell y Bradeley, 1984) que mide la calidad del ambiente en el hogar. En esta oportunidad realizamos un cuestionario en formato de entrevista uno a uno, pero fuera del ambiente del encuestado. Sería interesante entonces, acercarse más al contexto cotidiano donde se desenvuelven las familias participantes y poder conocer la realidad en el interior del hogar, en primera persona.
- Otra futura e interesante línea de investigación iría dirigida a un estudio comparativo acerca de los programas informativos y formativos que se llevan a cabo en Chile y en España para los padres en los diferentes centros. Esta se centraría en la descripción de los mismos, las características que tienen, y cómo se llevan a cabo.
- En el Programa “Juguemos con nuestros hijos” se ha evaluado en distintas instancias, los cambios observables en los niños y en esta oportunidad, en los padres. En líneas futuras, sería interesante focalizarse en los profesionales que trabajan en él, reflexionar sobre su propia práctica y sobre cómo mejorarla. Así profundizaríamos en el ámbito de los profesionales que trabajan en este programa de AT., que hasta el momento, no ha sido abordado.
- Al analizar los resultados finales nos sentimos conformes de haber constatado que efectivamente, la participación de los padres en este tipo de programas, incide en fortalecer el concepto de familia como primer agente educativo, empodera la EDUCACIÓN, desde las más tempranas edades del ser humano y valida como espacio educativo al centro de salud.

3. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- Agencia europea para el Desarrollo de la Educación Especial (2000). *Intervención Temprana en Europa: Organización de Servicios y Asistencia a los Niños y sus familias. Tendencias en 17 países europeos*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Agencia europea para el Desarrollo de la Educación Especial (2005). *Atención Temprana. Análisis de las situaciones en Europa. Aspectos clave y recomendaciones*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía
- Alberdi, J.F (1990). *Investigación Epidemiológica de niños autistas en el territorio Foral de Navarra*. Tesis doctoral. Universidad del País vasco. España.
- Albert, María José (2007). *La Investigación Educativa: Claves Teóricas*. España: Ed. Mc Graw Hill, Interamericana de España.
- Álvarez, Manuel (2011). *Desarrollo socioafectivo e intervención con familias*. Bloque 2 y 3. España: Ed. INNOVA.
- Año internacional de la familia (1994). *La familia. Recursos y responsabilidades en un mundo en evolución*. Santiago de Compostela. Xunta de Galicia.
- Arizcun Pineda, J. y Retortillo Franco, F. (1999). *La Atención Temprana en la Comunidad de Madrid*. Madrid: GENESY.
- Arnal, Justo y del Rincón, Delio, (1994). *Investigación Educativa: Fundamentos y metodología*. Barcelona: Ed. Labor.
- Arranz, E. (2005). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Ed. Pearson Educación.
- Azar, S. T., Cote, L. R. (2002). Sociocultural issues in the evaluation of the needs of children in custody decision making: What do our current frameworks for evaluating parenting practices have to offer? *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(3), 193-217.

- Aznar, P. y Pérez, P. (1986). *La familia y el proceso educativo. Enciclopedia de la educación preescolar*. Tomo I: 435-450. Madrid: Editorial Diagonal Santillana.
- Barrera, I., Corso, R. M. (2003). *Skilled dialogue: Strategies for responding to cultural diversity in early childhood*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Belart, A. y Ferrer, M. (1998). *El ciclo vital de la familia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Best, J.W (1972): *Cómo investigar en educación*, Madrid: Morata.
- Blackman, J.A. (2003). Early Intervention: An Overview. In Odom, S. L., Hanson, M.J., Blackman, J.A., Kaul, S. *Early Intervention Practices around the World*. Baltimore: Brookes Publishing.
- Bott, E. (1990). *Familia y red social*. Madrid: Taurus Ediciones.
- Bowen JR, (1999) Educational outcome at 8 years for children who were born extremely prematurely: a controlled study. *Pediatric Child Health* 38: 438-444
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ed. Morata, Madrid, España.
- Bowlby, J. (1993). El vínculo afectivo (I. Pardo, trad.). Barcelona: Ed. Paidós.
- Brazelton, T.B. y Cramer, B.G. (1993). *La Relación Más Temprana. Padres, Bebés y el Drama del Apego Inicial*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Brazelton, T.B, Stanley, I., (2005). *Las necesidades básicas de la infancia: Lo que cada niño precisa para vivir, crecer y aprender*. Biblioteca Infantil. Barcelona: Editorial Graó.

- Bretherton (1999) *"Modelos operativos internos. Teoría del apego"*. New York. Guilford.
- Bricker, D. (1992): *Educación Temprana de niños en riesgo y disminuidos de la primera infancia*. México: Ed. Trillas
- Brito de la Nuez, A.G., Martínez Fuentes M^a.T., Díaz Herreo, A. (2009), Prevención primaria desde la atención temprana. La vinculación afectiva. Revista Familia. Núm. 38. Instituto Superior de Ciencias de la Familia. Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (ed.cast.: La ecología del desarrollo humano. Ed. Paidós Ibérica. Barcelona, España. 1987).
- Brooks-Gunn, J., Duncan, GJ. The effects of poverty on children. *The Future of Children* 1997; 7(2):55-71.
- Bowman, B. (2000). Como comprender el desarrollo en un contexto cultural. El desafío para los maestros. Sept 2002. Entorno Familiar y Social I Programas y materiales de apoyo para el estudio Licenciatura en Educ. Preescolar 5º semestre. México. pp. 45-59.
- Burgess, P. W., Veitch, E., de Lacy Costello, A., & Shallice, T. (1999). The cognitive and neuroanatomical correlates of multitasking. *Neuropsychologia*. UCL (Institute of Cognitive Neuroscience).
- Cadwell, B.M., y Bradeley (1984). *Inventario de observación en el hogar para la mediación del ambiente: HOME*. Prentice Hall Hispanoamérica S.A.
- Campos Castelló, J. y Campos Soler, S. (2005). La Maduración Neurológica Normal del Niño. En Gútierez Cuevas, P. (ed.). Atención Temprana. *Prevención*,

- detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones (83-104).*
Madrid: Ed. Complutense.
- Candel Gil, I. (2003): *Programas de Atención Temprana. Intervención con niños con síndrome de Down.* Madrid: CEPE.
 - Carlson, V., Cichetti, D. y Braúnwald, K. (1989). *Finding order in disorganization. Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect.* New York: Cambridge University Press.
 - Casas, F. (1998). *Infancia: Perspectivas psicosociales.* Barcelona: Editorial Paidós.
 - Casado, D. y Alonso Seco, J.M. (2003). *Curso de Prevención de Deficiencias. Materiales.* Madrid: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad.
 - Cibalan, Juan Luis (2005). *El aprendizaje partiendo de situaciones simuladas: una alternativa educativa.* Ed. Marfil. Universidad de Alicante.
 - Cohen, L. (1990). *Métodos de investigación educativa.* Madrid: Ed. La Muralla.
 - Comisión Europea (1995). *Guía europea de la Buena Práctica, Hacia la Igualdad de Oportunidades de las personas con discapacidad. Helios II (1994-96).*
 - Chiappello, J. A. (2010). Estilos de aprendizaje. Revista estilos de aprendizaje nº6, vol.6 . octubre 2010. Argentina.
 - D' Angelo Menendez, E. (1999). *Las cogniciones sociales Psicología y niñez: aportes teóricos sobre el desarrollo infantil.* Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas, 54-69.
 - Delgado, M. y Sola Martínez, T. (coords). (2002) *Didáctica y organización de la Educación especial.* Ed. Dykinson. Madrid.

- Del Valle, A. (2007). Texto de estudios dados en el Seminario “*Desarrollo de capacidades y entorno sociocultural*” del Programa de doctorado Pedagogía y diversidad sociocultural UCM. Madrid.

- DeMulder, E.K. y Radke-Yarrow, M. (1991). *Attachment with affectively ill and well Mothers: concurrent behavioral correlates*. Development and Psychopathology.

- Dunst, C.J. (1989): Family centered assessment and intervention practices. Family Systems Intervention Monograf Series, vol.1, nº1. Family, Infant and Preschol Program. Morganton, Western Carolina Center.

- Eames y Roth, A. (2000). What Works For Whom? (1th ed.). New York: The Guildford Press.

- Egea Garcia, C. documento “*Panorámica de la Atención temprana en España* (2004).

- ELPI (2010). *Encuesta Longitudinal de la Primera Infancia*. Chile.

- Elzo, J. (2004). *Drogas y escuela*. Bilbao: Gobierno Vasco. Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social.

- Espina, A., Pumar. B. (1996). *Terapia familiar sistémica. Teoría, clínica e investigación*. Editorial Fundamentos. Madrid.

- Eyzaguirre, B. (2001). *La calidad de la educación chilena en cifras*. Estudios públicos, Chile.

- Fantova, F. (2004). Política familiar e intervención familiar: una aproximación. Revista del ministerio y asuntos del trabajo. Núm. 50, pp. 121-134, 2004 (www.mtas.es)

- FEAPS (2006). *Unidades de Desarrollo Sectorial. Análisis y Propuestas de Futuro*.

Recuperado el 29 de marzo de 2010 en:
http://www.feaps.org/profesionales/documentos/propuestas_06

- Fernández, J. D. y Limón, M^a. R. (2012). *El arte de envejecer con humor*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Flandrin, J.L (1979). *Orígenes de la familia moderna*. España. Ed. Clasicomoderno.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa* Madrid: Morata Ediciones.
- Flórez, J. (2005). La atención temprana en el síndrome de Down: bases neurobiológicas. Revista Síndrome de Down, 22 (4) ,132-142.
- Fonagy, P. (2001). *Teoría del Apego y psicoanálisis*, Barcelona, España.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2005): *Estado mundial de la infancia 2005*. Nueva York: UNICEF NY.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2010: Conmemoración de los 20 años de los derechos de los niños*, Resumen Ejecutivo. Nueva York: UNICEF.
- Freire, Paulo (2001). *Pedagogía de la indignación*. Ed. Morata, Madrid, España.
- Frenes, Jaime. “El desarrollo evolutivo de los chicos chicas”, en *Revista Cuadernos de pedagogía*. Num. 282, julio 1999, España.
- Galindo, A. La sociedad al servicio de la familia. Revista Familia. Instituto Superior de Ciencias de la familia. N° 43, julio 2011. Universidad Pontificia de Salamanca. España.

- GAT (2000, 2005). *Libro Blanco de Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad. y Atención a personas con minusvalía.
- Gibson, D. y Harris, A. (1988). Aggregated early intervention effects for Down's syndrome persons: patterning and longevity of benefits. Journal of Mental Deficiency Research, 32, 1-17.
- Goldthorpe, J. (2010). *De la Sociología: Números, narrativas e integración de la investigación y la teoría*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- González, E. (Coord.).(2000). *Necesidades educativas especiales. Intervención psicoeducativa*. Madrid: Editorial CCS.
- Gordon y Guinagh, (1980). *Proyecto Florida de Educación para Padres.*, Estados Unidos.
- Grande Fariñas, P. (2010). *Estudio de la coordinación interinstitucional e interdisciplinar en Atención temprana en la comunidad de Madrid: La experiencia del programa marco de coordinación de Getafe*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Gray y Ruttle, (1980). *Programa de visitas al hogar orientado a la familia*, Estados Unidos.
- Guralnick, M. (2004). Effectiveness of Early Intervention for vulnerable children: a developmental perspective. En Feldman (ed.) (2004). *Early Intervention. The Essentials readings* (9-50). Malden (USA): Blackwell Publishing.
- Gutiérrez, C. y Brenes, A. (1977). *Teoría del Método en las Ciencias Sociales*. Editorial Universitaria Centro Americana, México.

- Gútiez Cuevas, P. (2001). “Programas de cooperación internacional para necesidades educativas”. En: Monclús Estella, A. (Coord.). *Educación para el desarrollo y cooperación internacional*. Madrid. Ed.Complutense. Págs. 257-306.

- Gútiez Cuevas, P. (Editora) (2005). *Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid: Ed. Complutense.

- Gútiez, P. (2010). Atención Temprana centrada en la familia. Situaciones de necesidades especiales (por el trastorno del niño y/o la familia). *Políticas sociales en Europa* .Vol:28, 91-101. España.

- Haeussler, I. y Marchant, T. (1985). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0 a 2 años*. Universida Católica de Chile.

- Hason, Mj. (1980). *Teaching your Down's syndrome infant*. A guide for parents. Baltimore: University Park Press, Estados Unidos.

- Hunt, J.M. (1961). *Intelligence and Experiencie*. Ronald Press. New York.

- Ibáñez López, P. (2002). *Las Discapacidades. Orientación e Intervención Educativa*. Madrid: Dykinson.

- Instituto Nacional de Estadística 2012 (INE). *Primeros datos CENSO 2012*. INE. Chile.

- Jackson, S. (2007). *La Educación infantil de 0 a 3 años*. Madrid. Ediciones Morata.

- Jaudenes, C. (2004). *Familia y discapacidad*. En: Adroher B. Salomé (Coordinadora) (2004). *Discapacidad e integración: familia, trabajo y sociedad*. Instituto universitario de la familia. Universidad Pontificia de Comillas. España.

- Kempson, E. (1999). *Overcrowding in Bangladeshi- A case study of Tower households Hamlets*, London, Policy Studies Institute.
- La fuente, M. J. (2009). El Acogimiento familiar: orientaciones desde la teoría del apego. Revista Familia. Núm. 38. Instituto Superior de Ciencias de la Familia. Universidad Pontificia de Salamanca, España.
- Labrador H., Carmen (1974): Curso de Técnicas de Investigación social. Capítulo IX y Capítulos. España: Ed. ISAMA.
- Landy, S y Menna, R. (eds). (2006): *Early intervention with multi-rish families*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Law J, Garrett Z, Nye C. (2003). *Speech and language therapy interventions for children with primary speech and language delay or disorder*. The Cochrane Database of Systematic Reviews. Estados Unidos.
- Lawrence J. Schweinhart, Ph.D. (1979). *The High/Scope Perry Preschool Study Through Age 40*. Estados Unidos.
- Limón M^a.R. (2009). Necesidades e intervenciones en promoción y educación para la salud, 63- 105. En R. PEREA. Promoción y educación para la salud. Tendencias innovadoras. Madrid: Diaz de Santos.
- Lira, M. y Rodríguez, S. (1997). *El lenguaje es preescolares de nivel socioeconómico bajo: exploración de sus características*, Chile.
- López B., H. (2011). *Detección y evaluación de necesidades educativas especiales en el sistema educativo*.
- López Guinea (2011). *El estrés en familias con sujetos con deficiencia intelectual*. Madrid: Tesis doctoral UCM. (inédito)

- Luengo, J.A (2012). *La atención temprana, ayer hoy y mañana*. Disponible en <http://blogluengo.blogspot.com.es/2012/06/la-atencion-temprana-ayer-hoy-y-manana.html>

- Luria, A. (1980). *Los procesos cognitivos. Análisis sociohistórico*. Barcelona: Fontanella.

- Maccoby, E. (2002). *Parenting effects: lusses and controversies*. N.J. EE.UU.: LEA Publishers.

- McCollum, J.A y Hemmeter. M. L (1997). “Parent-child interaction intervention when children have disabilities”, en M. J Guralnick (ed.), *The Effectiveness of early intervention* (pp. 549- 576).

- Mallinckrodt, B. Coble, H. M. y Gantt, D. L. (2000). Working alliance, attachment memories, and social competencies of women in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 79-84.

- Manzano, J. (2003). El falso traumatismo. *Revista de Psicopatología y Salud Mental*. Núm. 2, (pp. 17-20), Edición Fundació Orienta, Barcelona, España.

- Martín López, M. y López, C. (2011). Recursos y actividades de Atención Temprana en distintos centros educativos en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Educación Inclusiva*. Vol: 4, nº 1, 11-22.

- Martínez Otero, V. (2005). Salud Mental de niños y adolescentes. Revista electrónica Comunidad Escolar. Núm. 761. España. Recuperado en Julio 2012 en <http://comunidadescolar.educacion.es/761/tribuna.html>.

- Masten, A. S., y Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaption in development. *Development and Psychopathology*, 12(3), 529-550.

- Meil, G., García Sainz C., y otros (2007). *El desafío de la conciliación de la vida privada y familiar*. Fundación general de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.
- Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Servicios Sociales (1989). *Eficacia de una intervención Temprana en los casos de alto riesgo*, Colección Rehabilitación, España.
- Ministerio de Educación (1990). *Libro blanco de la Reforma Española*, España.
- Ministerio de Educación (2003). *Educación Preescolar: estrategia bicentenario, potenciar el talento de nuestros niños*. Chile.
- Ministerio de Planificación. *Encuesta CASEN 2005*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Planificación (2010). *Cuatro años creciendo juntos: Memoria a la instalación del Sistema de Protección Integral a la Infancia. Chile Crece Contigo 2006-2010*. MIDEPLAN. Chile.
- Minuchin, S. (2009). *Familias y Terapia familiar*. España: Editorial Gedisa.
- Montenegro, H.; Rodríguez, S.; Lira, M.I (1977) “*Programa piloto de Estimulación Precoz para Niños de Nivel Socioeconómico bajo. Informe Final*”. Ministerio de salud: Santiago de Chile.
- Montenegro, H., M. J. Lira y S. Rodríguez. (1978). *Estimulación precoz*. Santiago de Chile, Unicef.
- Montero, C. (1988). “Sistemas y modelos de educación especial”. En Mayor, J. (Dir.). “*Manual de Educación Especial*”. Anaya, 35-36. Madrid.
- Mora F. (1996). *El Cerebro Íntimo. Ensayos sobre neurociencia*, Editorial Ariel, Barcelona, España.

- Mulas, F. (1993). *Evolución neuro-psicológica a largo plazo en la edad escolar de los recién nacidos con peso al nacimiento inferior a los 1.000 gramos*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Valencia.
- Mulas, F. y Hernández M., S. (2004), “*Bases neurobiológicas de la atención temprana*” En Pérez-López, J. y Brito, A., *Manual de la Atención Temprana* (45-55). Ediciones Pirámide. Madrid
- Naciones Unidas. “*Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad*”, versión en castellano publicada por el Real Patronato de Prevención y de Atención a Minusvalías (varias ediciones).
- Núñez, B. y Rodríguez, L (2007). *Los hermanos de personas con discapacidad. Vivencias y apoyo*. Bs. Aires: Editorial Lugar
- Olacia Gale, M. (2005). *La intervención familiar en un centro de Atención Temprana*. En: Gutiez Cuevas, P. (Editora) (2005). *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en alteraciones del desarrollo (0 – 6)*. Madrid: Editorial Complutense: Madrid.
- Organización de las Naciones Unidas (1959). *Declaración de los derechos del niño*. Recuperado por última vez el 1 de octubre de 2012 en <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino/convencion-derechos-nino>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1983). *Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Manual de consecuencias de la enfermedad*. INSERSO: Madrid. (Orig. *International Classification of Impairments, disabilities and handicaps. A manual for classification relating to consequences of diseases*. OMS: Ginebra 1980)
- Organización para la cooperación y el desarrollo económicos, OCDE (2001). *Niños pequeños, grandes desafíos. Educación y atención en la infancia temprana*,

España.

- Ortega Bevia, F. (2001) *Terapia familiar sistémica*. Universidad de Sevilla.
- Ortiz González, C. (1995). *Pedagogía Terapéutica, Educación Especial*. Amarú. Salamanca
- PADI (1996). *Documento de Criterios de Calidad en Centros de Atención Temprana*. Madrid. Recuperado en febrero de 2008 en: <http://paidos.rediris.es/genysi/modulos.htm>
- Pardo, M. y A. Kotliarenco. (1998). El fenómeno de la deserción preescolar chilena. *Boletín de Investigación Educativa* 13: 102-122.
- Pérez López, J. (2004). Modelos explicativos del desarrollo aplicados a la atención temprana. En Pérez López, J. y Brito de la Nuez, A.G (coords.): *Manual de Atención Temprana*. (pp.27-44) Madrid: Pirámide.
- Pérez Serrano, G. (2011): *Aprender a convivir. El conflicto como oportunidad de crecimiento*. Madrid: Ed. Narcea.
- Perpiñán, S. (2009): *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid: Ed. Narcea.
- Peterander, F. (1999). *La excelencia en la Intervención Temprana. Cómo conseguir un alto grado de calidad y profesionalidad en la AT*. En IX Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Madrid, 18 y 19 de Noviembre. Recuperado por última vez el 19 de abril de 2010 en: <http://paidos.rediris.es/genysi/actividades/jornadas/ixjorp/ixpeter.htm>
- Piaget, J. (1981). *La construcción de la realidad en el niño*. Madrid: Ed. Morata

- Primer Congreso Internacional de ciudades educadoras (1990). Carta de Ciudades Educadoras. Barcelona. Recuperado por última vez el 10 de noviembre en: <http://www.filosofia.org/cod/c1990edu.htm>

- Programa Helios II (1994). Informe del grupo temático 1: Atención temprana.

- Ponte, J. (2003). *Legislación y Atención Temprana. Notas sobre Aspectos Sociosanitarios. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad, nº 56 (5-19).*

- Porot, M. (1975). *La familia y el niño. Editorial Planeta Mexicana.*

- Putnam, R.D. (1995). “*Bowling alone: America’s declining social capital*”. EE.UU: Journal of Democracy, 6: 65-78.

- Ramey, C. T. & Campbell, F. A. (1991). Poverty, early childhood education, and academic competence: The Abecedarian experiment. En A. C. Huston (Ed.), *Children in poverty* (pp. 190-221). New York, NY: Cambridge University Press.

- Ramos, I. (2007). Detección y diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo psicomotor. Revista Vox paediatrica. Vol. 15. Hospital de Sevilla. España.

- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid. España.

- Reder, P.; Duncan, S. y Lucey, C. (2003) *Studies in the assessment of parenting*. Routledge. Nueva York.

- Rivas Borrell, S. (2004). *Educación Temprana en el niño de 0 a 3 años a través de programas*. Navarra: Eunsa.

- Rodríguez F., A. (2003). “*La Educación Infantil en el Sistema Educativo*” En J.L. Gallego O. y E. Fernández de H., Enciclopedia de Educación Infantil, Volumen I (447-465). Aljibe. Madrid.

- Rodrigo López, M. J., Quintana, M., y otros (2009). Las Competencias Parentales en contexto de riesgo Psicosocial. *Red de revistas científicas de América latina, el Caribe, España y Portugal (REDALYC)*. Vol. 18, núm. 2, 113-120.
- Rodríguez, S. (1985). *Test de desarrollo psicomotor de 0-2 años*, Chile.
- Roussel, L. (1989). *La famille incertaine*. París.
- Ruiz Alberdi Fernandez. M^a C. (2008). *El pensamiento feminista de Edith Stein: sus conferencias sobre la mujer*. Madrid. Tesis doctoral UCM.
- Saavedra, M. A. (2001). Aprendizaje Basado en el Cerebro. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. Vol. X, n° 1. Pp. 141-150.
- Sameroff, A. J. y Chandler, M.J. (1975). "Reproductive risk and the continuum of caretaking quality". *Review of child development (vol. 4 pp 187-244)*, University of Chicago. Estados Unidos.
- Sameroff, A., Fiese, B. (2000). Family routines and rituals. Library of Congress cataloging. Yale University. Estados Unidos.
- Sánchez- López, P. (2007). *La intervención en las n.e.e. y la Atención Temprana*. En Padilla, D. y Sánchez-López, P. (2007). *Necesidades educativas específicas. Fundamentos psicológicos*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Shaffer David, R. (2000). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Thomson Learning Editores. Madrid. España.
- Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention. Second Edition*. Cambridge. Cambridge University Press.

- Shore, R. (1997). *Reconsiderando el Cerebro: Nuevas percepciones dentro del Desarrollo Temprano*. New York, N.Y.: Instituto de las Familias y el Trabajo.
- Spitz, R. (1961). *El primer año de vida del niño*. Madrid. Ed. Aguilar.
- Svinicki y Dickson (1996). *Inventario de Desarrollo Batelle*. Traducido al español por Ed. TEA. Barcelona.
- UNESCO (2002). *“La Educación para todos. ¿Va el mundo por un buen camino?”*. Paris: Ediciones Unesco.
- UNESCO- UNICEF (1987). *“Proyectos no formales de Atención a la Niñez marginada en América Latina”*
- UNESCO- UNICEF (2006). *“Propuesta del consejo asesor Presidencial para Reforma de las Políticas de la Infancia 2006”*- Gobierno de Chile.
- UNICEF (Chile) (2010). *Encuesta Nacional sobre primera infancia*. Santiago de Chile: Junta nacional de jardines infantiles (JUNJI).
- Valle Traperó, M. (1989). *Intervención precoz en niños de alto riesgo biológico*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Vicente Castro, F. (1997). *Contexto Social del desarrollo*. Ed. Psicoex. Badajoz, España.
- Villa Elízaga, I. (1991). *Desarrollo y Estimulación en el Niño*. Navarra: EUNSA.
- Villa Fernández, N. (2008). *Del ocultamiento a la visibilidad: avances en los derechos de las personas con diversidad funcional durante un siglo (1907-2008)*. Universidad complutense de Madrid. Recuperado por última vez en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962551>.

- Vygotsky, L. (1979). *El desarrollo de los procesos psíquicos superiores*. Crítica: Barcelona.
- White, A. (2005). *Assessment of parenting capacity. Literature review*. Centre for Parenting and Research. Ashfield. Australia: Department of community services.
- Wilkinson, R. (2005). *Social Determinants of Health*. Ed. Oxford. University Press. España.
- Wright, J.C., Binney V.y Smith P.K. (1995). *Security of Attachment in 8-12 years old. Journal of child Psychology and Psychiatry* nº 36. Estados Unidos.
- Young, M., J, van dar Gaag, y D. de Ferranti. (1998). *Aprendiendo de los Programas de Cuidado y Educación Infantil Tempranos*. En R. Picciotto y E. Wiesner, eds., *Evaluación y Desarrollo: La Dimensión Institucional*. New Brunswick, N.J.: Publicadores Transaction

WEBGRAFÍA

- www.bibliotecamineduc.cl
- www.casen.cl
- www.congreso.cl
- www.integra.cl
- www.madrid.org
- www.polibea.com/rpd/declagenysi.doc
- www.wikipedia.com

4. ANEXOS

4.1 **Anexo n° 1: Cuestionario realizado a los trabajadores y profesionales que llevan el Programa “Juguemos con nuestros hijos” en el Centro de Salud familiar Madre Teresa de Calcuta en Puente Alto (Santiago de Chile).**

**Cuestionario para el equipo responsable del Programa “Juguemos con nuestros hijos”
CESFAM Madre Teresa de Calcuta. Puente Alto, Santiago de Chile.
(Diciembre 2010)**

A continuación encontrará unas preguntas que debe contestar a título personal. El objetivo es recoger del equipo responsable de este Programa, las percepciones y opiniones que le han surgido a lo largo de su trabajo en él. Le pedimos que sea honesto y sincero. No hay respuestas buenas ni malas, lo que vale es su opinión. El cuestionario es anónimo para que Ud. conteste con mayor libertad.

- 1- ¿Explique cuál es su trabajo en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”?
- 2- ¿Cuáles son las fortalezas que Ud. reconoce en el Programa a lo largo de su participación?
- 3- ¿En que aspectos el Programa presenta debilidades?
- 4- ¿En que aspectos se podría mejorar?
- 5- En el rol que Ud. desempeña en el Programa, ¿Qué tipo de apoyo necesita?
- 6- ¿Qué tipo de formación- preparación ha recibido Ud. durante su participación en el programa?
- 7- ¿Conoce o ha participado en experiencias similares al programa? De ser así ¿cuál es la principal diferencia que Ud. reconoce?
- 8- Hoy en día, señale cuales son las principales necesidades que presenta el programa según su opinión (Puede escoger hasta 3 alternativas):
 - a) materiales
 - b) personal
 - c) mayor participación de los usuarios
 - d) mayor participación por parte del consultorio
 - e) más profesionales expertos en el tema la estimulación temprana
 - f) Otro, ¿Cuál? _____
- 9- ¿Cómo proyecta su trabajo en el Programa?
 - a) Largo plazo (más de 5 años)
 - b) Mediano plazo (2 a 5 años)
 - c) Corto plazo (un año)

4.2 Anexo n° 2: Análisis general de las respuestas recogidas a través del cuestionario realizado en diciembre 2010.

En diciembre 2010, al realizar la marcha blanca del cuestionario para padres, madres y/o cuidadores del Programa “Juguemos con nuestros hijos” de Puente Alto en Santiago de Chile, pensamos que era importante también recoger las impresiones y opiniones de los profesionales que trabajan directamente en el programa, para lo cual se diseñó un cuestionario de opinión que incluían las siguientes preguntas (ver cuestionario original en anexo n°1)

- 1- Explique cuál es su trabajo en el Programa “Juguemos con nuestros hijos”
- 2- ¿Cuáles son las fortalezas que Ud. reconoce en el Programa a lo largo de su participación?
- 3- ¿En qué aspectos el Programa presenta debilidades?
- 4- ¿En qué aspectos se podría mejorar?
- 5- En el rol que Ud. Desempeña en el Programa, ¿qué tipo de ayuda necesita?
- 6- ¿Qué tipo de preparación ha recibido Ud. durante su participación en el programa?
- 7- ¿Conoce o participado en experiencias similares al programa? De ser así ¿cuál es la principal diferencia que Ud. reconoce?
- 8- Señale cuales son las principales necesidades que presenta el programa según su opinión.
- 9- ¿Cómo proyecta su trabajo?

Quienes respondieron a este cuestionario en su momento fueron los 5 miembros del equipo:

- Médico de familia a cargo de la dirección del programa
- Una psicóloga

- Una educadora
- Dos monitoras comunitarias.

Las respuestas de la totalidad del equipo demuestran un conocimiento claro y profundo de sus funciones. Son conscientes de las fortalezas del Programa y a la vez tienen claridad de los desafíos que deben superar. Se ven personas comprometidas con la misión y el espíritu del proyecto y todas se proyectan seguir trabajando a largo plazo.

A continuación se detallan las respuestas que son interesantes y útiles para tener un mayor conocimiento del funcionamiento y espíritu del Programa.

- Al preguntarles por su trabajo (rol) que desempeñan en el Programa, todas tienen claridad de sus funciones. El médico familiar es la directora- administradora. La psicóloga es la encargada del Programa ante el centro de salud, la Educadora es la encargada de llevar el desarrollo del taller junto con el apoyo de la psicóloga y las monitoras comunitarias, y éstas últimas apoyan la labor de la educadora en la sala. En las respuestas se ve muy buena disposición a realizar sus responsabilidades y valoran poder trabajar en equipo. Se denota una actitud de trabajo en equipo compenetrado.
- En cuanto a las fortalezas del programa: se resalta la idea de, que el trabajo que se realiza, incorpore la participación del adulto a cargo del menor. Se destaca la idea de que el trabajo que se realiza, si bien, va enfocado hacia el niño/a, siempre intenta fortalecer el vínculo con sus padres, además, todas están conscientes de que trabajar para la primera infancia es un tema de relevancia tanto a nivel nacional como internacional.
- Entre las debilidades, reconocen que la comunicación con el centro de salud es un tema complejo, al no ser parte de manera integral de éste, se hace difícil entablar una relación de cooperación mutua y el constante rotativo de los profesionales de la salud que trabajan en el CESFAM, dificultan los modos de operar y la relación del Programa con el consultorio familiar.

- En relación a los aspectos por mejorar, se señalan: mejorar la relación con el consultorio, contar con más recursos materiales para la implementación de las salas, sistematizar la experiencia, es decir, ir dejando por escrito toda información relativa al cómo operar y el verdadero sentido de este tipo de iniciativas y visibilizar el programa hacia fuera, para que sea un modelo a seguir por otros consultorios de salud familiar.
- Al preguntarles por el apoyo que necesitan, cada una, desde el rol que le toca desempeñar, destaca la importancia de que el equipo sea responsable, comprometido y este motivado para enfrentar el trabajo día a día. Además destacan la importancia del aporte que significan los profesionales que trabajan en el consultorio (enfermeras, asistente social y médicos), para abordar de un modo más integral el trabajo con la familia.
- En cuanto al tema de preparación y formación continua de éstos profesionales, se puede ver que hay un espíritu de continua evaluación y aprendizaje. La totalidad del equipo ha recibido en estos 6 años de funcionamiento, capacitación en temas como: Curso de psicomotricidad, curso sobre el Apego, capacitación en la técnica de “Videofeedback”, formación en Pedagogía Montessori y Pedagogía para adultos.
- Para la totalidad del equipo es una novedad trabajar en un programa de éstas características. Existe conocimientos de experiencias similares por lo que han leído e investigado de experiencias internacionales pero a ninguna le había tocado trabajar en algo así dentro del contexto nacional. Esto demuestra que en Chile, el tema de la atención a la primera infancia y el trabajo con la familia tiene un largo recorrido por hacer y que experiencias como las desarrolladas en este Programa, tienen el carácter de pioneras en nuestro sistema de salud.
- Frente a las necesidades del Programa, es unánime la opinión de que se necesita más recursos materiales y mejorar la comunicación y participación por parte del consultorio.

- Finalmente, al preguntar por las proyecciones personales de la participación en el programa, todas se proyectan a largo plazo, mostrándose satisfechas con la labor que ejercen, con el trabajo en equipo y los desafíos profesionales y personales que les supone ser parte de este equipo.